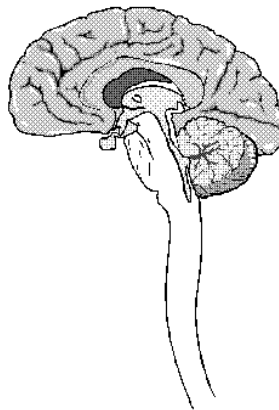


CEREBROVASCULÄRES MANUAL

Transitorische ischämische Attacke

PRIND

Apoplex







Generelle Vorbemerkung zum Cerebrovasculären - Modul

Im vorliegenden Manual werden alle Fragen des Cerebrovasculären-Moduls einzeln kommentiert und z.T. mit Beispielen oder Richtgrößen veranschaulicht.

Das Cerebrovasculär- Modul erfasst im Rahmen des QMK Projekts die Diagnosen

Transitorische ischämische Attacke (TIA)

Prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit (PRIND)

Apoplex

Es werden eine Reihe von technischen Untersuchungen abgefragt, die für die Behandlung eines spezifischen Patienten nicht unbedingt notwendig sind. Ziel ist es, nur diejenigen technischen Untersuchungsergebnisse zu erfassen, die in der Routineversorgung des Krankenhauses durchgeführt wurden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



Aufnahmedatum & Entlassungsdatum

Aufnahmedatum (TT.MM.JJJJ) . . 20

Das Aufnahme- und Entlassungsdatum in deutlichen Ziffern eintragen. Einstellige Ziffern mit einer vorgestellten Null ergänzen.

Beispiel:

Aufnahmedatum (TTMMJJJJ) | . 20

Das Aufnahmedatum entspricht dem Tag, an dem sich der Patient zur stationären Behandlung eingefunden hat. Wird der Patient am gleichen Tag wieder entlassen, so sind Aufnahme- und Entlassungsdatum identisch.

Entlassungen aufgrund Verlegungen → **Entlassungsart** (Seite 8).

Kurzfristige Verlegungen aufgrund extern durchgeführter diagnostischer Maßnahmen (z.B. CT) gelten nicht als Entlassung mit anschließender Wiederaufnahme, sondern werden als 1 Fall behandelt und auf Station weitergeführt.

Im Todesfall → **Entlassungsart** (Seite 8).

Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (ICD-10, vierstellig) .

Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, die den Symptomen zugrunde liegt, die zur akuten Aufnahme geführt haben bzw. deren Behandlung im Vordergrund stand. Falls eine Differenzierung in die oben angegebenen Diagnosen auf vierstelligem ICD-Niveau nicht möglich ist, einen dreistelligen Code angeben.

Beurteilung des Gesundheitszustandes des Patienten

Bei Aufnahme und Entlassung:

Wie beurteilen Sie den Gesundheitszustand des Patienten bei Aufnahme/Entlassung im allgemeinen?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

Bei der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands des Patienten ist der Eindruck des ärztlichen Personals ausschlaggebend, der Patient wird hier nicht nach seiner Selbsteinschätzung befragt.

Bei Entlassung:

Der Gesamtzustand des Patienten ist ...

- deutlich gebessert**
- gebessert**
- unverändert**
- verschlechtert**
- deutlich verschlechtert**

Die Beurteilung der Änderungen des allgemeinen Gesundheitszustandes sollte durch den Arzt erfolgen, der den Patienten die meiste Zeit, idealerweise bereits bei Aufnahme, betreut hat.

Anamnese

(Mehrfachnennungen möglich)

- Frühere TIA – Schlaganfall**
- Multiinfarkt-Syndrom bekannt**

Das Vorhandensein dieser anamnestischen Vorerkrankungen sollte ärztlicherseits dokumentiert und durch entsprechende Untersuchungen belegt sein. Die ausschließliche Angabe durch den Patienten oder seiner Angehörigen genügt hierbei nicht.

Behandlung

- Erfolgte Behandlung in einer Stroke-Unit ?**
falls ja, Verweildauer Tage

Erfolgt eine zeitweilige Behandlung auf einer herkömmlichen Intensivstation, bitte Feld leer lassen.

Bewusstseinszustand bei Aufnahme und Entlassung

- bewusstseinsklar** (zeitlich/räumlich/zur Person)
- teilweise desorientiert**
- somnolent**
- stuporös**
- komatös**

Die Bewertung des Bewusstseinszustands erfolgt zu zwei Zeitpunkten:

- 1) bei Aufnahme (innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme)
- 2) bei Entlassung (innerhalb 24 Stunden vor Entlassung)

Die Aufnahmeuntersuchung dokumentiert den Status bei Aufnahme, die Entlassungsuntersuchung die Veränderung des Zustands im Vergleich zum Aufnahmebefund.

Die Veränderung des Zustands sollte durch einen erfahrenen Arzt bei direktem Vergleich von Aufnahme und Entlassungsuntersuchung durchgeführt werden.

| | |
|--------------------------------|--|
| bewusstseinsklar | Zeitlich, räumlich und zur eigenen Person orientiert |
| teilweise desorientiert | |
| somnolent | Patient schläft, durch Ansprache leicht erweckbar. Zeitlich, räumlich und zur eigenen Person orientiert |
| stuporös | durch Ansprache nicht erweckbar, gerichtete Reaktion auf Schmerzreize |
| komatös | durch Ansprache nicht erweckbar, keine Reaktion auf Schmerzreize |

Neurologischer Zustand

Die Bewertung des neurologischen Zustands erfolgt zu zwei Zeitpunkten:

- 1) bei Aufnahme (innerhalb 24 Stunden nach Aufnahme)
- 2) bei Entlassung (innerhalb 24 Stunden vor Entlassung)

Bei Aufnahme

Neurologischer Zustand bei Aufnahme

- Schluckstörung
- Sprachstörung
- Amaurosis fugax
- Paresen:**
 - inkomplette Parese obere Extremität
 - komplette Parese obere Extremität
 - inkomplette Parese untere Extremität
 - komplette Parese untere Extremität

- Schluckstörung** Befundung aufgrund der Angaben des Patienten und durch gezielte klinische und technische Untersuchung bzw. diagnostische Maßnahmen (Endoskopie, Manometrie ,bildgebende Verfahren)
- Sprachstörung** Befundung aufgrund Angaben des Patienten und durch gezielte klinische und technische Untersuchung bzw. diagnostische Maßnahmen (Manometrie, Ösophagusdruckmessung, Logopäden-Konzil)
- Amaurosis fugax** Durch den Patienten berichteter passagerer Sehverlust oder Schleiersehen. Ggf. Befundung durch augenärztliche Untersuchung

Paresen:

Hier sollen sämtliche Ausfälle im Bereich der Extremitäten benannt werden (Mehrfachnennungen möglich).

- inkomplette Parese obere Extremität** inkomplette Parese = Motorische Schwäche
- inkomplette Parese untere Extremität**
- komplette Parese obere Extremität** inkomplette Parese = Lähmung (Verlust der groben Kraft)
- komplette Parese untere Extremität**

Bei Entlassung

| Neurologischer Zustand bei Entlassung | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | ○ unverändert | ○ verbessert | ○ verschlechtert |
| <input type="radio"/> Schluckstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Sprachstörung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> Amaurosis fugax | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Paresen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inkompl. Parese obere Extr. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kompl. Parese obere Extr. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| inkompl. Parese untere Extr. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| kompl. Parese untere Extr. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Die Aufnahmeuntersuchung dokumentiert den Status bei Aufnahme, die Entlassungsuntersuchung die Veränderung des Zustands im Vergleich zum Aufnahmebefund.

Die Beurteilung der Veränderungen des neurologischen Befundes während des stationären Aufenthaltes sollte dabei idealerweise in Relation zu gemessenen und dokumentierten Maßangaben gesetzt werden. **Liegen keine pathologischen Werte vor, bleiben die Felder leer.**

Entlassungsart

| |
|---|
| Entlassungsart <input type="radio"/> nach Hause <input type="radio"/> Verlegung Krankenhaus <input type="radio"/> Verlegung Rehaeinrichtung <input type="radio"/> Verlegung Pflegeheim <input type="radio"/> verstorben am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> <input type="text"/> falls verstorben, Todesursache in direktem Zusammenhang mit neurologischer Hauptdiagnose ? <input type="radio"/> ja |
|---|

Entlassungsart:

nach Hause

Patient kehrt direkt in seinen bisherigen ständigen-Wohnsitz zurück. Dies kann auch bei Familienangehörigen oder im Pflegeheim sein.

Verlegung Krankenhaus

Überweisung in ein anderes Krankenhaus aus unterschiedlichen Gründen, z.B. Weiterbehandlung, Therapie weiterer Erkrankungen. Achtung, hierunter ist nicht ein kurzfristiger Aufenthalt in einer anderen Klinik für die Dauer einer speziellen Untersuchung zu verstehen, z.B. CT.

Verlegung Rehaeinrichtung

Verlegung in eine Rehaeinrichtung, z.B. Anschlussheilbehandlung (AHB) nach Apoplex.

Verlegung Pflegeheim

Verlegung in ein Pflegeheim. Dies meint eine erstmalige Verlegung in ein Pflegeheim (bislang selbstständig/bei Familien/ etc. gelebt).

verstorben am

. . 20

Bitte Todesdatum lt. Totenschein eintragen, falls der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist.

Falls verstorben, Todesursache in direktem Zusammenhang mit neurolog. Hauptdiagnose ?

Wird ein kausaler Zusammenhang zwischen der Hauptdiagnose (→ siehe Seite 3) und dem Eintritt des Todes vermutet? (Bewertung ist analog zum offiziellen Totenschein).

(Begleit-)Erkrankungen

Gegen Ende des Gehirn-Moduls wird eine Liste von 15 Erkrankungsgruppen und Begleiterkrankungen genannt. Die Aufzählung ist nicht nach Schweregrad oder Bedeutung der Erkrankung geordnet.

Für jede dieser (Begleit-)Erkrankungen soll angegeben werden, ob die Erkrankung **bei Aufnahme vorhanden war** und wie stark sie ausgeprägt war (Schweregrad). Das Vorhandensein einer (Begleit-)Erkrankung bei Aufnahme und der Schweregrad kann in vielen Fällen erst im Verlauf des stationären Aufenthalts geklärt werden. Daher ist die Liste der (Begleit-)Erkrankungen erst bis zur Entlassung unter Zuhilfenahme aller Informationen des klinischen Verlaufs auszufüllen. Dennoch sind **alle Aussagen zu den (Begleit-)Erkrankungen soweit wie möglich auf den Aufnahmezeitpunkt zu beziehen**.

Wenn zu einer Erkrankung keine Angabe zum Schweregrad gemacht wird, bedeutet das, dass die Erkrankung nicht vorhanden ist.

Der Schweregrad der Erkrankungen wird in vier Stufen eingeteilt.

Schweregrad 1: Eine (Begleit-)Erkrankung, die **asymptomatisch** ist oder nur leichte Symptome ohne nennenswerten Krankheitswert hat.

Schweregrad 2: Eine **geringfügig bis mäßig ausgeprägte** (Begleit-)Erkrankung, die im allgemeinen symptomatisch ist und medizinische Behandlung erfordert. Erkrankungen aus der Vorgeschichte und derzeit gutartige Erkrankungen, die noch ein mittelgradiges Krankheitsrisiko tragen, sind mit eingeschlossen.

Schweregrad 3: Eine unkontrollierte (Begleit-)Erkrankung, von **mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auch unter medizinischer Versorgung**. Solche Erkrankungen sind gewöhnlich akut oder subakut und erfordern medizinische Interventionen.

Schweregrad 4: Eine unkontrollierte (Begleit-)Erkrankung, die **auch unter medizinischer Versorgung schwerste Symptome** verursacht. Diese Erkrankungen erfordern sofortige Behandlung und beinhalten ein hohes Mortalitätsrisiko während der Behandlung.

Zu jeder der 15 Erkrankungsgruppen werden in der folgenden Matrix (Seite 11) individuell die 4 Schweregrade beschrieben.

Nebendiagnosen

Am Ende des Gehirn-Moduls werden alle Nebendiagnosen (ICD 10, vierstellig) nachgefragt, die beim Patienten zusätzlich zur Hauptdiagnose festgestellt wurden. Hier gilt analog zu den (Begleit-)Erkrankungen, dass sich bestehende Nebendiagnosen häufig erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes aufzeigen lassen. Somit ist es ausreichend, diese Nebendiagnosen bis zum Entlassungszeitpunkt zu dokumentieren, diese jedoch soweit wie möglich **auf den Aufnahmezeitpunkt zu beziehen**.

Durchgeführte Prozeduren

Nennung aller im Verlauf der stationären Aufenthaltes durchgeführte Prozeduren im Klartext, ohne Berücksichtigung der chronologischen Reihenfolge.

| Herzerkrankungen | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | Schweregrad | | | |
| Erkrankung | 1 | 2 | 3 | 4 |
| KHK, Angina Pectoris, Herzinfarkt (Myokardinfarkt MI) | Asymptomatisch mit ischämischen EKG Abnormalitäten, leichte Angina bei starker körperl. Belastung (NYHA I-II) | Anamnese eines MI oder Bypasses ohne Residualeffekt, minimale Herzinsuff., Angina oder Atemnot bei Aktivitäten des täglichen Lebens(ein Stockwerk), NYHA II. | Akuter MI in den vergangenen 6 Monaten, mittlere bis schwere Herzinsuff., Atemnot in Ruhe, NYHA III und IV. | Koma, Herzstillstand, akutes Lungenödem, akuter MI, kompliziert durch kardiogenen Schock |
| Herzinsuffizienz | Anamnese mit einzelner Episode einer Herzinsuff., einfach zu beherrschen, ohne Komplikationen | Leichtes Fußödem, leichte Atemnot bei Belastung und/oder in Ruhe, Anamnese mit mehrfachen Episoden von Herzinsuffizienz, derzeit medikamentös eingestellt. | Entsprechend der kardio-vaskulären Erkrankung (mäßige bis ausgeprägte Atemnot unter Belastung, mäßige bis ausgeprägte Fußödeme, Herzvergrößerung, chron. Müdigkeit) | Entsprechend der kardio-vaskulären Erkrankung (Koma, Herzstillstand) |
| Primäre Herzrhythmusstörungen | Asymptomatisch, keine Medikation erforderlich, nur EKG Veränderungen | Geringe Symptome, mit Medikamenten oder Schrittmacher behandelt. | Ausgeprägte Symptome wie Schwindel oder Synkopen infolge Arrhythmie oder Blockierungen im Reizleitungssystem | Primärer Herzstillstand, nicht durch ischämische Herzkrankheit oder Vitien verursacht. |
| Andere Herzerkrankungen (Vitien, Kardiitis, Kardiomyopathie)* | Asymptomatisch, keine Medikation erforderlich, nur EKG oder Echo Veränderungen, keine Herzgeräusche | Mit Medikamenten stabilisiert, leichte bis mäßig ausgeprägte Atemnot bei starker Belastung, minimale Ödeme, NYHA I-II | Geringe bis minimale Belastbarkeit, Atemnot in Ruhe, Rechtsherzinsuffizienz, akute Endokarditis, zerebrale Beeinträchtigung oder Embolie, Herzinsuffizienz, akuter Infarkt, NYHA III-IV | Koma, Herzstillstand |
| Bluthochdruck | Diagnostizierter Bluthochdruck, asymptomatisch, derzeit ohne Medikamente | Blutdruck kleiner 160/100 unter medikamentöser Therapie. | Blutdruck höher als 160/100 trotz medikamentöser Therapie, keine zentralnervösen Erscheinungen, keine hypertensive Krise | Hypertensive Krise oder Koma, nicht im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. |

* Ist das zugrundeliegende Leiden eine ischämische Herzerkrankung, dann bitte die KHK Kriterien verwenden.

| Zerebrale und periphere Gefäßerkrankungen | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | Schweregrad | | | |
| Erkrankung | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cerebral vaskuläre Ereignisse (ischämisch und hämorrhagisch) | Anamnese mit TIA ohne bleibende Ausfälle | Anamnese mit Schlaganfall ohne bleibende Ausfälle, oder mit geringer Parästhesie/Ataxie, mehr als 2 TIAs, bekanntes Aneurysma oder teilweiser Verschuß eines Hirn-/Karotisgefäßes ohne Symptome | Anamnese mit Schlaganfall mit Hemiplegie, Paraplegie oder Tetraplegie, akute subarachnoidale Blutung, häufige TIAs | Koma in Zusammenhang mit Schlaganfall |
| Periphere Gefäßerkrankungen (venös und arteriell) | Anamnese einer Thrombophlebitis ohne bleibenden Effekt, peripherer Gefäßbypass ohne Symptome, Ödeme ohne Verschuß | Claudicatio intermittens infolge periphere Gefäßerkrankung | Lungenembolie in der Vorgeschichte, ausgeprägte Ödeme infolge venöser Abflußstörung, ischämischer Ulcus oder Gangrän, Ruheschmerz durch periphere Gefäßerkrankung | Gangrän mit Septik, Schock |
| Weitere häufige Erkrankungen | | | | |
| | Schweregrad | | | |
| Erkrankung | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Diabetes Mellitus | Laborchemisch nachweisbarer aber nicht behandelter Diabetes | Medikamentös oder diätetisch kontrollierter Diabetes (BZ<300) | Nicht kontrollierter Diabetes (BZ>300) oder Diabetes mit Komplikation (Neuropathie, Nephropathie, Retinopathie, Gangrän etc.) | Diabetisches Koma, Schock, terminales Nierenversagen, schwere KHK |
| Chron. obstrukt. Atemwegserkrankungen / Bronchitis / Asthma / Emphysem | Chronischer Husten, derzeitig ohne Medikamente, körperliche Untersuchung und Röntgen normal | Morgendlicher Husten mit Auswurf, leichte Atemnot bei schwerer Belastung, FEV ₁ : 60-80% | Atemnot in Ruhe, FEV ₁ < 60%, wiederholte Infektionen der Atemwege vor der Krankenhausaufnahme | Beatmungspflichtig |
| Arthrose /Arthritis | Leichte bis mäßig ausgeprägte Arthritis | Hüft- oder Knieendoprothese innerhalb der letzten 3 Monate, leichte pulmonale und kardiale Beteiligung einer rheumathoiden Erkrankung | Ausgeprägte Deformitäten, chronische Schmerzen, ausgeprägte Einschränkung der Beweglichkeit, ausgeprägte pulmonale und kardiale Beteiligung | Akute, ausgeprägte Vaskulitis mit Fieber, Nierenversagen, Angiitis der Hirngefäße, veränderter Bewußtseinszustand |

| Weitere häufige Erkrankungen | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Erkrankung | Schweregrad | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Magen-Darm-Erkrankungen | Anamnese eines Gastroduodenalulcus innerhalb des vergangenen Jahres, leicht symptomatische Gastritis oder Divertikulitis, wiederkehrendes Colon irritabile | Aktives Ulcus derzeit medikamentös behandelt, behandelte Divertikulitis, Reflux Ösophagitis, Polypenentfernung innerhalb des letzten Monats, leicht ausgeprägte Colitis ulcerosa | Alle GI Krankheiten, die zu Perforation, Blutung, Obstruktion, Peritonitis oder Fistelbildung führen, z.B.: Ulcus, Diverticulitis, Appendicitis, Colitis ulcerosa, Hiatushernie mit Anämie, Striktur oder Aspirationspneumonie | Bakteriämie, Sepsis, Schock |
| Leber- und Gallengangserkrankungen | Hepatitis vor mehr als 12 Monaten, leichte, asymptomatische Zirrhose | Obstruktion der Gallengänge, Hepatitis in innerhalb der letzten 12 Monate, unkomplizierte akute Hepatitis (viral, toxisch, medikamentös) | Chronisch persistierende Hepatitis, chronisch aktive Hepatitis, Portaler Hochdruck, Leberventhrombose | Leberversagen (Bewußtseinsstörungen, schneller Anstieg der Leberenzyme, Aszites, Koma) |
| Nierenerkrankungen | Vergangene unkomplizierte Erkrankungen: akuter unkompl. Harnwegsinfekt, unkomplizierte Nephritis vor weniger als 3 Monaten, Harnsteinleiden vor weniger als 6 Monaten | Akute unkomplizierte Erkrankungen: Akute Nephritis, Harnsteinleiden, leicht ausgeprägte Nierenarterienstenose, chronische Harnwegsinfekte | Akute komplizierte Erkrankungen: (Serumnitrat >40, Crea >3), obstruktive Uropathie, Nierenversagen, Enzephalopathie, mittlere- bis ausgeprägte Nierenarterienstenose, Z.n. Nierentransplantation | Terminales Nierenversagen, Koma |
| Bösartige Tumoren (ohne Basaliom der Haut) | Anamnese eines Tumors, letzte Behandlung liegt mehr als 5 Jahre zurück | Anamnese eines Tumors, letzte Behandlung liegt länger als 1 Jahr, aber kürzer als 5 Jahre zurück | Akute Tumorerkrankung oder letzte Tumorthherapie innerhalb der letzten 12 Monate | Terminale Tumorerkrankung |
| HIV/AIDS | Asymptomatische HIV Infektion | Akute unkomplizierte Erkrankungen: Lymphknotenschwellung, Fieber, Dermatitis, Diarrhö, Husten, Pneumonie, Gewichtsverlust | Akute komplizierte Erkrankungen: PcP ² , CMV ³ Enteritis, Fieber >1 Monat, Diarrhö >1 Monat, Enzephalitis, Virusinfektionen, Kachexie | Terminales Stadium |

² PcP: Pneumocystitis-carinii-Pneumonie³ CMV: Cytomegalie Virus

Verfasser:

Dr. med. S. Schneeweiß, Dr. med. O. Sangha, Prof. Dr. med. G. Rauh, Dipl. Soz. A. Manstetten

gmk@ibe.med.uni-muenchen.de



NOTIZEN:
KOMMENTARE, ANMERKUNGEN, VORSCHLÄGE

BITTE NACH ABSCHLUSS DER ERHEBUNGSPHASE HERAUSTRENNEN UND AN DIE FOLGENDE ADRESSE
SCHICKEN

QMK-PROJEKT
FORSCHUNGSGRUPPE MÜNCHEN
PETTENKOFERSTR. 35
D-80336 MÜNCHEN