

MAGEN-DARM - MANUAL

Ulcus ventriculi
Ulcus duodeni







Generelle Vorbemerkung zum Magen-Darm - Modul

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

Das Magen-Darm-Modul erfasst im Rahmen des QMK Projekts die Diagnosen

Ulcus duodeni

Ulcus ventriculi

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.JJ) . . 20

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

Beispiel:

Aufnahmedatum (TTMMJJ) 0 1 . 0 9 . 20 0 0

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 6).

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 6).

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.

Erstmanifestation

Erstmanifestation (Jahr)

Ulcus ventriculi

Ulcus duodeni

Gemeint ist der Zeitpunkt des Auftretens der ersten Symptome der Hauptdiagnose. Oft geht der Beginn einer Erkrankung mit der Erstdiagnose einher, er kann aber auch deutlich vor der ärztlichen Diagnose liegen.

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.

Vorbehandlung

Vorbehandlung (Mehrfachnennungen möglich)

- frühere Einnahme von H₂-Blocker, Protonenpumpenhemmer
- Eradikation schon einmal erfolgt
- Magen-OP wegen Ulkusleiden

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.

frühere Einnahme von H₂-Blocker, Protonenpumpenhemmer

Protonenpumpeninhibitoren (PPI) = Protonenpumpenhemmer: Omeprazol, Pantoprazol, Lansoprazol

Therapie bei Entlassung

Therapie bei Entlassung (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Therapie
 Antazida, H₂-Blocker, Protonenpumpenhemmer
 Eradikation eingeleitet / durchgeführt
 operative Behandlung geplant

keine Therapie

weder medikamentös noch konservativ, d.h. auch keine regelmäßigen Blutwertkontrollen, Diät, etc.).

Eradikation eingeleitet / durchgeführt

Behandlung der Wahl: Tripel-Therapie aus einem Protonenpumpeninhibitor (PPI) + 2 Antibiotika über 7 Tage

operative Behandlung geplant

im Arztbrief empfohlen und/oder bereits OP geplant

Befunde

Labor

Hb . g/dl

Untersuchungen

Bei Aufnahme:

Endoskopie (Mehrfachnennungen möglich)

- elektiv durchgeführt
 Notfallendoskopie
 Gastritis Erosionen
 Ulkus Karzinom
 Anzahl Läsionen
 Durchmesser der größten Läsion . cm
 Blutungsaktivität
 falls ja: Forrest Ia Ib IIa IIb IIc III
 HP-Diagnostik durchgeführt
 Unterspritzung oder Clip

elektiv durchgeführt

Untersuchungsdatum frei gewählt

Notfallendoskopie

Notfallendoskopie direkt im Zusammenhang der stationären Aufnahme

Erosionen

Erosion: Defekt der Magenmukosa, der die Muscularis mucosae nicht durchdringt. (Harold 1999, 346).

Blutungsaktivität

falls ja: Forrest Ia Ib
IIa IIb IIc III

Endoskopische Klassifizierung der Blutungsaktivität nach Forrest (F):

FI: Aktive Blutung: Ia: spritzende art. Blutung
Ib: sickernde Blutung

FII: Inaktive Blutung: IIa: Läsion mit Gefäßstumpf
IIb: Koagelbedeckte Läsion
IIc: Hämatinbelegte Läsion

FIII: Läsion ohne Blutungszeichen

Anzahl Läsionen Anzahl der Läsionen bezieht sich auf alle Untersuchungsbefunde (Erosionen, Ulkus, Karzinom)

HP-Diagnostik durchgeführt Helicobacter Pylori Diagnostik:

Unterspritzung oder Clip Unterspritzung als Injektionsmethode
Clip oder auch Einsatz von Fadenschlinge als mechanische Blutstillung

Bei Entlassung:

Abschluss-Endoskopie

Ergebnis der Abschlussuntersuchung:

Anzahl Läsionen

Durchmesser der größten Läsion cm

Das Ulkus ist

- komplett abgeheilt
- gebessert
- unverändert
- verschlechtert

Entlassungsart

Entlassungsart

- nach Hause
- Verlegung Krankenhaus
- Verlegung Rehaeinrichtung
- Verlegung Pflegeheim

verstorben am ..20

falls verstorben,
Todesursache in direktem Zusammenhang mit Ulkus-Hauptdiagnose ? 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)

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 laut Totenschein eintragen, falls der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist

Falls verstorben, Todesursache in direktem Zusammenhang mit Ulkus- Hauptdiagnose ? Wird ein kausaler Zusammenhang zwischen der Hauptdiagnose (→ Seite 3) und dem Eintritt des Todes vermutet? (Bewertung ist analog zum offiziellen Totenschein).

(Begleit-)Erkrankungen

Gegen Ende des Ulkus-Moduls wird eine Liste von 15 Erkrankungsgruppen und (Begleit-)Erkrankungen 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 9) individuell die 4 Schweregrade beschrieben.

Nebendiagnosen

Am Ende des Ulkus-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 des 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 kardiogen 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 Verschluss 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 Verschluss	Claudicatio intermittens infolge periphere Gefäßerkrankung	Lungenembolie in der Vorgeschichte, ausgeprägte Ödeme infolge venöser Abflußstörung, ischämischer Ulkus 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 Gastroduodenalulkus innerhalb des vergangenen Jahres, leicht symptomatische Gastritis oder Divertikulitis, wiederkehrendes Colon irritabile	Aktives Ulkus 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.: Ulkus, 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 ERPROBUNGSPHASE HERAUSTRENNEN UND AN DIE FOLGENDE ADRESSE
SCHICKEN

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