

## **STOFFWECHSEL - MODUL**

**Akut entgleister Diabetes mellitus  
Dekompensierte Stoffwechsellage**



## **Generelle Vorbemerkung zum Stoffwechsel-Modul**

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

Das Stoffwechsel - Modul befaßt sich im Rahmen des QMK Projekts mit der Hauptdiagnose

### **entgleister Diabetes mellitus**

Für die Verwendung dieses Moduls ist es entscheidend, daß ein **akut entgleister Diabetes mellitus der Hauptgrund für die stationäre Einweisung** bzw. Aufnahme war.

Sehr viele Patienten haben einen Diabetes mellitus als Begleiterkrankung im Rahmen einer anderen Hauptdiagnose. Patienten, bei denen der Diabetes mellitus nicht im Vordergrund der Behandlung steht, sollten dementsprechend nicht mit der Hauptdiagnose „Entgleister Diabetes“ in die Untersuchung aufgenommen werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



## Aufnahmedatum und 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 von Verlegungen → Entlassungsart (Seite 9).  
Kurzfristige Verlegungen aufgrund extern durchgeführter diagnostischer Maßnahmen gelten nicht als Entlassung mit anschließender Wiederaufnahme, sondern werden als 1 Fall behandelt und weitergeführt.

Im Todesfall → Entlassungsart (Seite 10).

## Hauptdiagnose

Hauptdiagnose (ICD-10, vierstellig)    .

Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, die den Symptomen zugrunde liegt, die zur aktuellen 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 (JJJJ)

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.

## **Diabetes-Typ**

Typ I-Diabetes       Typ II-Diabetes

Klassifikation (WHO und ADA = American Diabetes Association, 1997)

**Typ 1-Diabetes:**                      Zerstörung der B-Zellen der Langerhansschen Inseln durch Autoimmuninsulinitis mit absolutem Insulinmangel, der substituiert werden muß  
a) immunologisch bedingt  
b) idiopathisch

**Typ 2-Diabetes:**                      Kann sich erstrecken von einer vorwiegend Insulinresistenz mit relativem Insulinmangel bis zu vorwiegend sekretorischem Defekt mit Insulinresistenz.

Trifft keiner der beiden Typen zu (z.B. genetischer Defekt, Endokrinopathie, Infektion) bleiben die Felder leer.

## **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 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)

- keine Therapie**
- nicht medikamentöse Therapie**
- orale Antidiabetika**
- Insulin**
  - intensivierte Insulintherapie**
  - konventionelle Insulintherapie**
- frühere strukturierte Schulung**

<b>keine Therapie</b>	Diabetes zwar diagnostiziert, wurde aber bislang nicht therapiert, weder medikamentös noch konservativ (d.h. auch keine regelmäßigen Blut- oder Harnzuckerkontrollen, Diät).
<b>nicht medikamentöse Therapie</b>	Der Patient hat gesicherten Diabetes mellitus, wird aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht medikamentös therapiert. Die Behandlung erfolgt ausschließlich durch Diät, körperlicher Aktivität oder Gewichtsreduktion.
<b>Konventionelle Insulintherapie</b>	Mahlzeiten werden an ein starr vorgegebenes Insulintherapie-Schema angepasst, in der Regel zwei oder drei Injektionen/Tag. Einsatz von Intermediärinsulin oder Insulinmischungen (Intermediärinsulin + Normalinsulin).
<b>Intensivierte Insulintherapie</b>	Die Insulinzufuhr wird bedarfsgerecht an eine relativ frei bestimmbare Nahrungsaufnahme angepasst. Behandlung entweder in Form einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (basale Insulinversorgung + prandiale Bolusgaben) oder einer Insulinpumpentherapie (kontinuierliche subkutane Insulininfusion).
<b>frühere strukturierte Schulung</b>	Eine strukturierte Schulung beinhaltet die gezielte Unterweisung des Patienten zu allen Bereichen der Grunderkrankung sowie möglicher Folgeerscheinungen im Rahmen eines definierten Curriculums. Eine solche Schulungsmaßnahme kann vollstationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden und dauert in der Regel 1-2 Wochen. Dem gegenüber stehen Einzelberatungen (z.B. Diätberatung, Beratung über den Umgang mit Insulin), die in der Regel jeweils nur einen Einzelaspekt der Erkrankung betreffen.

## Therapie bis Entlassung

### Therapie bei Entlassung

 (Mehrfachnennungen möglich)

- keine Therapie
- nicht medikamentöse Therapie
- orale Antidiabetika
- Insulin
  - intensivierte Insulintherapie
  - konventionelle Insulintherapie
- Diätberatung
- erneute strukturierte Schulung

<b>keine Therapie</b>	Diabetes zwar diagnostiziert, der Patient wird jedoch ohne Therapie, weder medikamentöse noch konservative, entlassen (d.h. auch keine regelmäßigen Blut- oder Harnzuckerkontrollen, Diät).
<b>nicht medikamentöse Therapie</b>	Der Patient hat gesicherten Diabetes mellitus, wird aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht medikamentös therapiert. Die Behandlung erfolgt ausschließlich durch Diät, körperlicher Aktivität oder Gewichtsreduktion.
<b>Konventionelle Insulintherapie</b>	Mahlzeiten werden an ein starr vorgegebenes Insulintherapie-Schema angepaßt, in der Regel zwei oder drei Injektionen/Tag.  Einsatz von Intermediärinsulin oder Insulinmischungen (Intermediärinsulin + Normalinsulin).
<b>Intensivierte Insulintherapie</b>	Die Insulinzufuhr wird bedarfsgerecht an eine relativ frei bestimmbare Nahrungsaufnahme angepasst. Behandlung entweder in Form einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (basale Insulinversorgung + prandiale Bolusgaben) oder einer Insulinpumpentherapie (kontinuierliche subkutane Insulininfusion).
<b>Diätberatung</b>	Diätberatung beschränkt sich auf den Aspekt der Ernährung. Sie kann durch eine/n Diätassistentin/-en, eine/n Assistenzarzt/ärztin oder eine Pflegekraft durchgeführt worden sein.
<b>(Erneute) strukturierte Schulung</b>	Beinhaltet die erste Teilnahme des Patienten an einer strukturierten Schulungs bzw. die Teilnahme an einem <u>erneuten</u> strukturierten Schulungsprogramm, falls er bereits einmal eine strukturierte Schulung durchlaufen hat, im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Dieses Schulungsprogramm umfasst alle relevanten Bereiche der Grunderkrankung, der Lebensweise, des Umgangs mit potentiellen Nebenerscheinungen sowie Maßnahmen im Notfall.



## Spezielle Diagnostik

(Mehrfachnennungen möglich)

- Fundoskopie**  
 falls ja, im eigenen Haus durchgeführt  ja  
 falls nein, letzte ophthal. Untersuchung (MM.JJJJ.) .
- Nierenfunktionsdiagnostik**
- Sensibilitätsprüfung**
- Fußinspektion**
- Spezielle angiolog. Gefäßdiagnostik**

Alle Angaben erfolgen entsprechend einem dokumentierten Befund.  
 Anamnestische Angaben des Patienten und / oder seiner Angehörigen reichen hierbei nicht.

- |  |   |
|--|---|
| <b>Fundoskopie</b><br>falls ja, im eigenen Haus durchgeführt   | Bitte nur ankreuzen, wenn die Augenhintergrundspiegelungen durch einen Augenarzt durchgeführt wurde.<br>Wurde die Untersuchung während des stat. Aufenthaltes im eigenen Haus durchgeführt, ist 'ja' anzukreuzen. |
| <b>Letzte ophthal. Untersuchung</b>  | Hat keine Untersuchung stattgefunden bzw. ist keine Untersuchung in den ärztlichen Unterlagen dokumentiert, bleibt dieses Feld leer.  |
| <b>Nierenfunktionsdiagnostik</b>   | Sofern gezielte Diagnostik von Nierenschäden i.R. des Diabetes durchgeführt wurden, bitte als zutreffend ankreuzen. Der Umfang der entsprechenden diagnostischen Maßnahmen ist variabel.                          |
| <b>Sensibilitätsprüfung</b>  | Wurden gezielte (neurologische) diagnostische Maßnahmen zur Feststellung von Sensibilitätsstörungen durchgeführt, bitte als zutreffend ankreuzen.   |
| <b>Beispiel:</b><br>Wurde nur eine orientierende palpatorische Sensibilitätsprüfung oder eine Prüfung unter Verwendung einer Heftklammer durchgeführt, bitte Feld leer lassen. |   |
| <b>Fußinspektion</b>   | Durchführung einer makroskopischen Fußinspektion ist ausreichend, um Feld als zutreffend zu kreuzen. Die Durchführung einer Doppleruntersuchung ist nicht zwingend notwendig.                                     |
| <b>Spezielle angiolog. Gefäßdiagnostik</b>   | Durchführung von technischen Untersuchungen (z.B. Sonographie, Angiographie) zum Nachweis einer diabetischen Angiopathie.   |





	Erkrankungen. Achtung, hierunter ist nicht ein kurzfristiger Aufenthalt in einer anderen Klinik für die Dauer einer speziellen Untersuchung zu verstehen, z.B. Angiographie, Funduskopie.
<b>Verlegung Rehaeinrichtung</b>	Verlegung in eine Rehaeinrichtung, z.B. Anschlussheilbehandlung (AHB)
<b>Verlegung Pflegeheim</b>	Verlegung in ein Pflegeheim. Dies meint eine erstmalige Verlegung in ein Pflegeheim (bislang selbständig/bei Familien/ etc. gelebt).
<b>verstorben am</b> □□.□□.20□□	Bitte Todesdatum laut Totenschein eintragen, falls der Patient während des Krankenhausaufenthalts verstorben ist
<b>Falls verstorben, Todesursache in direktem Zusammenhang mit diabetolog. Hauptdiagnose ?</b>	Wird ein kausaler Zusammenhang zwischen der Hauptdiagnose (→ siehe Seite 3) und dem Eintritt des Todes vermutet? Diese Bewertung ist analog zum offiziellen Totenschein.

## **(Begleit-)Erkrankungen**

Gegen Ende des Diabetes-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 13) individuell die 4 Schweregrade beschrieben.**

## **Nebendiagnosen**

Am Ende des Diabetes-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 Aufenthalts 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.

<b>Herzerkrankungen</b>				
	<b>Schweregrad</b>			
<b>Erkrankung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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 Herzkrankungen (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.				

<b>Zerebrale und periphere Gefäßerkrankungen</b>				
	<b>Schweregrad</b>			
<b>Erkrankung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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 Ulcus oder Gangrän, Ruheschmerz durch periphere Gefäßerkrankung	Gangrän mit Septik, Schock
<b>Weitere häufige Erkrankungen</b>				
	<b>Schweregrad</b>			
<b>Erkrankung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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, derzeit ohne Medikamente, körperliche Untersuchung und Röntgen normal	Morgendlicher Husten mit Auswurf, leichte Atemnot bei schwerer Belastung, FEV <sub>1</sub> : 60-80%	Atemnot in Ruhe, FEV <sub>1</sub> < 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

<b>Weitere häufige Erkrankungen</b>				
	<b>Schweregrad</b>			
<b>Erkrankung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
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, Septik, 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)
Nieren-erkrankungen	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 sausgeprägte 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 <sup>2</sup> , CMV <sup>3</sup> Enteritis, Fieber >1 Monat, Diarrhö >1 Monat, Enzephalitis, Virusinfektionen, Kachexie	Terminales Stadium

<sup>2</sup> PcP: Pneumocystitis-carinii-Pneumonie<sup>3</sup> 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](mailto: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