Die nachfolgenden Codiererläuterungen beziehen sich auf die ergänzende Dokumentation stationärer Fälle mit Hauptdiagnose I60.x.

1. Frage:

Wann ist eine **Subarachnoidalblutung als Hauptdiagnose (HD I60.x)** im LKF zu dokumentieren?

Antwort:

Definition Subarachnoidalblutung: Nicht-traumatische (spontane), intrakranielle Blutung in den Subarachnoidalraum (mit Liquor cerebrospinals/Nervenwasser gefülltes Kompartiment zwischen den weichen Hirnhäuten, i.e. Pia mater und Arachnoidea). Die Ruptur von Aneurysmen der Arterien des Circulus arteriosus cerebri (Willisi) ist dabei die häufigste Ursache spontanen Subarachnoidalblutungen.

Jede nicht-traumatische intrakranielle Blutung in den Subarachnoidalraum, nachgewiesen mittels zerebraler Bildgebung und/oder Lumbalpunktion (bei „negativer" oder „inkonklusiver" zerebraler Bildgebung trotz typischer Symptomatik, i.e. sekundärer Donnerschlagkopfschmerz).

Jedes intrakranielle Blutungsereignis, das als Ursache die Ruptur eines intradural gelegenen, zerebralen Aneurysmas hat, mit oder ohne Ausbreitung im Subarachnoidalraum.

2. Frage:

Wann ist eine **Ergänzungsdokumentation für die Subarachnoidalblutung anzulegen?**

Antwort:

Für **jeden** am LKH Innsbruck **mit der HD I60.x dokumentierten Fall** ist eine Ergänzungs-dokumentation anzulegen, unabhängig davon ob der Patient/die Patientin vorher in einer anderen Krankenanstalt (innerhalb oder außerhalb von Tirol) ambulant oder stationär behandelt wurde.

3. Frage:

Ein Patient/eine Patientin mit einer Subarachnoidalblutung **verstirbt noch am Tag der Aufnahme** (ohne Mitternachtsstand) im Schockraum. Muss der Patient/die Patientin dennoch dokumentiert werden?

Antwort:

Ja, für den SAB-Patienten/die Patientin ist dennoch eine Dokumentation anzulegen. Bei nicht bekannten Angaben ist die Auswahlmöglichkeit „unbekannt" oder „nein" anzugeben.

4. Frage:

Ein Patient/eine Patientin erleidet während eines Urlaubaufenthalts in einem **anderen Bundesland/im Ausland eine Subarachnoidalblutung**, wird dort in einer Krankenanstalt behandelt und erst ein paar Tage später ins LKH Innsbruck transportiert. Ist für diesen Fall eine Ergänzungsdokumentation anzulegen und wie ist dieser Fall zu dokumentieren?

Antwort:

Ja, da der Patient/die Patientin das erste Mal im LKH Innsbruck mit der HD I60.x behandelt wird, ist eine Dokumentation anzulegen. Bei der Diagnostik erste Angiographie ist bei Vorhandensein der Bilder „bereits extern durchgeführt“ anzugeben. Beim Zeitpunkt ist keine Angabe zu machen. Bei der Katheter-Angiographie ist, sofern diese ebenfalls bereits in der zutransferierenden Krankenanstalt durchgeführt wurde, „nein“ anzugeben. Zeitpunkt ist keiner anzugeben. Bei der interdisziplinären Therapieentscheidung ist, sofern diese auch extern durchgeführt wurde, „unbekannt“ anzugeben. Die restlichen Angaben sind je nach Wissenstand auszufüllen.

5. Frage:

Wie ist das Feld **„Datum/Zeit Ereignis“** zu dokumentieren?

Antwort:

Es sollte eine möglichst punktgenaue zeitliche Angabe des Symptomeintritts gemacht werden. Ist eine exakte Festlegung nicht möglich, sehr wohl aber eine Eingrenzung auf einen engen Zeitraum (ca. 1 Stunde), so wird der Zeitpunkt verwendet, an dem der Patient/die Patientin zuletzt definitiv gesund gesehen wurde („last seen well“). Ist keine Eingrenzung auf einen engen Zeitraum möglich, ist „unbekannt“ zu codieren.

6. Frage:

Wie ist das Feld „**Datum/Uhrzeit Krankenhausaufnahme**“ definiert?

Antwort:

Es ist hier der erste **Zeitpunkt der Aufnahme (unabhängig ob ambulant oder stationär)** im LKH Innsbruck zu dokumentieren.

a) Wird zum Beispiel ein Patient/eine Patientin zunächst in einer Ambulanz behandelt und erst später stationär aufgenommen, ist in diesem Feld die ambulante Aufnahmezeit zu dokumentieren.

b) Wenn ein Patient/eine Patientin aus einer anderen Krankenanstalt zutransferiert wurde, ist nicht die Aufnahmezeit in der zutransferierenden Krankenanstalt zu dokumentieren, sondern diejenige ins eigene Haus.

c) Erleidet ein Patient/eine Patientin während des Krankenhausaufenthalts eine Subarachnoidalblutung, ist dennoch der Zeitpunkt der ursprünglichen Aufnahme (unabhängig ob ambulant oder stationär) zu dokumentieren.

7. Frage:

Ist „**Zutransport - Rettung mit Notarzt**“ nur dann gemeint, wenn der Notarzt/die Notärztin den Patienten/die Patientin bis ins Krankenhaus mitbegleitet?

Antwort:

Nein; auch wenn der Notarzt/die Notärztin bei der Erstversorgung dabei war, den Patienten/die Patientin aber nicht bis ins Krankenhaus mitbegleitet, ist „Zutransport - Rettung mit Notarzt“ zu dokumentieren.

8. Frage:

Ist **„Zutransport - Rettung mit Notarzt**“ auch zu dokumentieren, wenn ein Hausarzt/eine Hausärztin ohne Notarzt-Funktion vor Ort ist und kein Notarztprotokoll erstellt wurde?

Antwort:

Nein; da kein Notarztprotokoll erstellt wurde ist „Zutransport - Rettung ohne Notarzt“ zu dokumentieren.

9. Frage:

Ein Patient/eine Patientin erleidet während eines stationären Aufenthalts eine Subarachnoidalblutung. Welche **Zutransportart** ist zu dokumentieren?

Antwort:

Beim Zutransport ist „Direkttransport“ auszuwählen. Als Zutransportart ist jene anzugeben, welche der Patient/die Patientin bei der ursprünglichen Aufnahme ins Krankenhaus hatte.

10. Frage:

Zu welchem **Zeitpunkt** und durch wen sind **die WFNS-Klassifizierung, die modifizierte Fisher-Skala und die prämorbide modifizierte Rankin-Skala** zu erheben?

Antwort:

Die **Klassifizierung und Skalen** sind immer **im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt/die Ärztin** im KH zu erheben und in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

11. Frage:

Welche Beeinträchtigungen sind bei der **prämorbiden modifizierten Rankin-Skala** zu berücksichtigen?

Antwort:

Bei der Ermittlung der prämorbiden modifizierten Rankin-Skala sind **alle bereits vor der Subarachnoidalblutung vorhandenen Einschränkungen** eines Patienten/einer Patientin zu berücksichtigen (nicht nur die neurologischen).

12. Frage:

Welche gerinnungshemmenden Medikamente zählen zu den **direkten oralen Antikoagulantien (kurz: DOAK)**?

Antwort:

Mit Stand 01.01.2018 werden darunter die gerinnungshemmenden Medikamente Dabigatran, Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban subsumiert.

13. Frage:

Welcher Zeitpunkt ist beim Feld „**Datum/Zeit Diagnostik erste CT-Angiographie bzw. Katheter-Angiographie**“ anzugeben?

Antwort:

Es ist der Zeitpunkt der **initialen, diagnostischen CT-Angiographie/Katheter-Angiographie** anzugeben und nicht von evtl. später durchgeführten Kontroll-CTA bzw. Katheter-Angiographien. (Wurde beispielsweise nur eine Kontroll-Katheter-Angiographie durchgeführt, dann ist im Feld „Katheter-Angiographie“, „nein“ zu dokumentieren.)

Bei der **Uhrzeit ist der Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns** relevant. Zum Beispiel der Zeitpunkt zu dem die CT-Angiographie Untersuchung gestartet wird. (Nicht gemeint ist der Zeitpunkt der Anordnung der Untersuchung oder der Zeitpunkt, wenn der Befund da ist).

14. Frage:

Welcher Zeitpunkt ist bei der **interdisziplinären (NEU + NCH + RAD) Therapieentscheidung (laut Protokoll)** anzugeben?

Antwort:

Die interdisziplinäre Therapieentscheidung ist grundsätzlich nur zu dokumentieren, wenn die **Entscheidung im LKH Innsbruck** getroffen wurde und das **Protokoll zur Therapieentscheidung im KIS** hinterlegt ist. Der Zeitpunkt der Therapieentscheidung ist auf diesem hinterlegten Protokoll vermerkt.

Sollte kein Protokoll vorhanden sein, darf der Zeitpunkt der CT-Angiographie verwendet werden, sofern im CT-Angiographie-Befund ein Hinweis auf eine interdisz. Fallbesprechung dokumentiert ist.

15. Frage:

Wann ist **Comfort Terminal Care (CTC)** zu dokumentieren?

Antwort:

Comfort Terminal Care ist nur zu dokumentieren, wenn es sich dabei um die **initiale Therapieentscheidung** handelt und aus diesem Grund keine weitere Behandlung erfolgt (nicht gemeint ist, wenn die Entscheidung für CTC erst später, während der laufenden Behandlung, getroffen wird.)

16. Frage:

Wann wird die Komplikation „**Pneumonie**“ dokumentiert?

Antwort:

Eine Pneumonie ist zu dokumentieren, wenn die entsprechende klinische Symptomatik gemeinsam mit einem weiteren klinischen Befund (z.B. Auskultation) oder radiologischen Befund (z.B. Infiltrat) vorliegt, bzw. wenn ein pulmonaler Infekt antibiotisch behandelt wird. Die alleinige Verabreichung von Antibiotika reicht zur Dokumentation nicht aus.

17. Frage:

Wann ist eine **nosokomiale Infektion** zu dokumentieren?

Antwort:

Sobald eine **Bakteriämie** (Anwesenheit von Bakterien im Blutkreislauf) vorliegt ist eine nosokomiale Infektion zu dokumentieren.

Liegt eine **Pneumonie** vor, ist diese **nur unter dem Punkt „Pneumonie“** zu codieren; keine Doppelerfassung!