

# Informationsblatt Diagnose/Behandlung Schädel-Hirn-Verletzung (Anlage F 1002)

## Erläuterungen allgemein

Jeder Patient mit einer Schädel-Hirn-Verletzung benötigt eine klare Beurteilung, schnelle Diagnose, ordnungsgemäße Kontrolle und eine unverzügliche Therapie. Die im vorliegenden Begleitblatt genannten und auszufüllenden Kriterien können dabei entscheidend helfen. Abhängig von der Verletztenakuität ist eine fortlaufende Befundkontrolle nötig. Die Daten des Dokumentationsbogens dienen bei Rücksprache als Unterlage und bei Verlegung zur Befundübermittlung. Darüber hinaus ergeben sich folgende Vorteile durch das Begleitblatt: es dokumentiert unverzichtbare Merkmale für eine sichere Beurteilung, beschleunigt die Verlaufsbeobachtung durch graphischen Soforteindruck „notenartig“ einzutragender Zahlen, hilft Verlegungen aussichtsloser oder Bagatell-Fälle zu vermeiden, schult und beteiligt alle beim Versorgungsablauf verantwortlichen Mitarbeiter, gestattet frühestmöglichen Ausblick auf zu erwartende Behinderungen sowie deren notwendige Rehabilitation und erleichtert spätere Begutachtungsprobleme. Die Vertragspartner des Vertrages Ärzte/UV-Träger haben aus den genannten Gründen diesen Bogen eingeführt.

**Die Forderung, einen Neurologen und/oder Neurochirurgen frühzeitig hinzuzuziehen, bleibt bestehen.** Diese sollen die entsprechende Befunderhebung überprüfen und die fachspezifischen Untersuchungsergebnisse im neurologisch-neurochirurgischen Befundbericht dokumentieren.

Der Vordruck ist auszufüllen:

- bei Erstellung des D- (H-) Arzt-Berichtes (Erstbefund),
- bei einer Verlegung (Verlegungsbefund),
- bei endgültiger Entlassung mit Vordruck F 2222 (Entlassungsbefund), bei Tod (Endbefund).

Je ein Exemplar ist bestimmt:

- als Begleitblatt für den Patienten,
- für den Unfallversicherungsträger,
- für den Eigenbedarf.

## Erläuterung zur Vorderseite

Auf der Vorderseite des Dokumentationsbogens sollen die obligaten Daten zur Person des Verletzten angegeben werden; die weiteren Angaben erfassen unter Punkt

- (1) die **Bewusstseinslage** des Verletzten: Diese wird durch die Glasgow-Coma-Skala beurteilt. Dabei sind drei einfach zu überprüfende Reaktionen zu beurteilen (Augenöffnung / beste motorische Antwort = motorische Reaktion / beste verbale Antwort = verbale Erwiderung). Je nach Qualität der Reaktion werden Punkte vergeben. Die Summe der drei Einzelpunkte ergibt den Summenpunktwert (Glasgow-Coma-Score) mit einem möglichen Minimalwert von 3 und einem Maximalwert von 15. Die jeweils ermittelten Punktwerte zum Untersuchungszeitpunkt (Einzelwert der drei geprüften Qualitäten und Summenpunktwert) sollen im Bogen eingetragen werden.

Die Beurteilung der Bewusstseinslage bei **Kindern** erfolgt durch die entsprechend modifizierte Glasgow-Coma-Skala (Kinder). Deren Kriterien sind auf der dritten Seite des Bogens festgehalten. Es soll grundsätzlich der jeweils **beste** Reaktionspunktwert zum Untersuchungszeitraum dokumentiert werden.

- (2) **Pupillen** (Weite und Lichtreaktion): Mit deren Überprüfung im Verlauf ergeben sich wichtige neurologische Befunde als Hinweis auf Komplikationen (z. B. Entwicklung eines epiduralen, subduralen und intrazerebralen Hämatoms sowie einer Hirnschwellung). Es ist der ermittelte Zahlenwert in die entsprechende Spalte, getrennt für links und rechts, einzutragen.
- (3) **Blutdruck, (4) Puls und (6) Temperatur**: Es sind die quantitativen Daten zum jeweiligen Untersuchungszeitraum einzutragen.

- (5) **Atmung:** Dokumentiert bei Spontanatmung die Anzahl der Atemzüge/Minute; ansonsten ist der jeweils zutreffende Atemstatus als Zahl anzugeben.
- (7) **Sonstiges** Die angegebenen Parameter (Nackensteife, Erbrechen, Aspiration, Krampfanfälle) sollen vermerkt werden, falls Zusatzverletzungen vorliegen, diese bitte unter Punkt (9) vermerken.
- (8) **Besondere Maßnahmen und Diagnostik** (z. B. EEG, Röntgen, CT, OP u. a.): Diese sind stichwortartig zu dokumentieren.
- (9) **Ergänzungen:** In dieser Klartextzeile sollen stichwortartig evtl. vorhandene Begleitverletzungen (Extremitäten, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen u. a.) eingetragen werden.

### **Erläuterungen zur 2. und 3. Seite**

Unter Punkt (10) (**wichtige zusätzliche Angaben bei Aufnahme**) werden einerseits Fragen über den Verletzten zur initialen Bewusstseinsstörung, andererseits zu einer eventuell vorhandenen Erinnerungslücke, weiterhin zum Liquor- und / oder Blutaustritt aus dem Schädelbereich sowie zur aktuell bestehenden Beschwerdesymptomatik gestellt. Diese sollen vom jeweiligen Untersucher zur Komplettierung des Befundes zum Zeitpunkt der Aufnahme in dem Rettungswagen / Hubschrauber, ins Krankenhaus bzw. Klinik oder Reha-Einrichtung erhoben werden.

Unter Punkt (11) (**vorläufige Diagnose**) sollen alle unfallbedingten Diagnosen genannt werden, welche dem Untersucher zum Zeitpunkt seiner Untersuchung bekannt sind. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Schädel-Hirn-Diagnosen und solchen, die andere Regionen des Körpers (Thorax, Abdomen, Wirbelsäulen und Becken, Extremitäten, Weichteile) betreffen.

Unter Punkt (12) (**Operationen**) sind alle operativen Eingriffe anzugeben, die im Rahmen der Behandlung des Verletzten notwendig waren, bitte die jeweilige Operation den entsprechenden Diagnosen zuordnen.

Punkt (13) (**Komplikation**): Sämtliche im Verlauf aufgetretenen Komplikationen sind zu dokumentieren.

Punkt (14) (**Befunde bei Entlassung**): Hierbei ist im Besonderen auf die Ermittlung des Summenpunktwertes (ermittelt nach der Glasgow-Coma-Skala) hinzuweisen, die weiteren abgefragten Kriterien sollten so genau wie möglich ausgefüllt werden.