



### I. Grundgesamtheit

Alle stationären Fälle am LKH Innsbruck mit Hauptdiagnose I60.

Begründung: Sofern korrekt codiert wird (→ Codiererläuterung), sollte dies einerseits spezifisch nur *akute und nichttraumatische* SABs erfassen, und andererseits auch vollständig sein (eine Erweiterung auf ausgewählte Fälle mit Zusatzdiagnose I60 und speziellen MELs ist inhaltlich nicht notwendig).

### II. Parameter

<b>Bei Aufnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahmenummer</li> <li>• Zeitpunkt Ereignis (Symptombeginn) <input type="text" value="TT.MM.JJJJ HH:MM"/> oder <input type="checkbox"/> unbekannt</li> <li>• Zeitpunkt Krankenhausaufnahme (LKI) <input type="text" value="TT.MM.JJJJ HH:MM"/></li> <li>• Zutransport             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Direkt                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rettung mit Notarzt   <input type="checkbox"/> Rettung ohne Notarzt   <input type="checkbox"/> Rettungshubschrauber   <input type="checkbox"/> Privat</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Von anderem KH                 <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rettung mit Notarzt   <input type="checkbox"/> Rettung ohne Notarzt   <input type="checkbox"/> Rettungshubschrauber</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Schweregrad (bei Aufnahme)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ WFNS <input type="text" value="1 - 5"/></li> <li>▪ Modifizierte Fisher-Skala <input type="text" value="0 - 4"/></li> </ul> </li> <li>• prämorbid mRS <input type="text" value="0 - 5"/></li> <li>• Antikoagulation / Antiaggregation             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VKA Einnahme <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> derzeit pausiert   <input type="checkbox"/> nein</li> <li>▪ DOAK Einnahme <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> derzeit pausiert   <input type="checkbox"/> nein</li> <li>▪ Thrombozytenfunktionshemmer <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> derzeit pausiert   <input type="checkbox"/> nein</li> </ul> </li> <li>• Risikofaktoren             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rauchen (derzeit) <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> gelegentlich   <input type="checkbox"/> täglich</li> <li>▪ Hypertonie <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> unbekannt</li> <li>▪ SAB in Vorgeschichte <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> unbekannt</li> <li>▪ Positive Familienanamnese für SAB <input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> unbekannt</li> </ul> </li> </ul>
---------------------	--

<b>Diagnostik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erste CT-Angiographie <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ort ⊗ intern durchgeführt   ⊗ bereits extern durchgeführt   ⊗ keine</li> <li>▪ Zeitpunkt (angelegt im KIS, bzw. Datumstempel extern) <input type="text" value="TT.MM.JJJJ HH:MM"/></li> </ul> </li> <li>• Katheter-Angiographie ⊗ ja   ⊗ nein</li> <li>• Wenn Katheter-Angiographie = ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitpunkt erste Katheter-Angiographie (angelegt im KIS) <input type="text" value="TT.MM.JJJJ HH:MM"/></li> </ul> </li> <li>• Zeitpunkt interdisziplinäre (NEU + NCH + RAD) Therapieentscheidung (laut Protokoll) <input type="text" value="TT.MM.JJJJ HH:MM"/> oder ⊗ unbekannt</li> </ul>
<b>Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comfort Terminal Care ⊗ ja   ⊗ nein</li> </ul>
<b>Blutungsquelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachweis einer Blutungsquelle (in der Akutphase) ⊗ ja   ⊗ nein</li> <li>• Wenn Nachweis einer Blutungsquelle = ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Art der Blutungsquelle ⊗ Aneurysma   ⊗ AVM   ⊗ AVF   ⊗ sonstige</li> <li>▪ Lokalisation der Blutungsquelle: ⊗ vorderer Kreislauf   ⊗ hinterer Kreislauf   ⊗ sonstige</li> </ul> </li> <li>• Wenn Art der Blutungsquelle = Aneurysma: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aneurysmatyp: ⊗ sakkuläres Aneurysma   ⊗ fusiformes Aneurysma   ⊗ sonstiges</li> <li>▪ Aneurysmagröße ⊗ &lt;3mm   ⊗ 3-7mm   ⊗ &gt;7mm</li> </ul> </li> </ul>
<b>Komplikationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachblutung <span style="float: right;">⊗ vor   ⊗ während   ⊗ nach Versorgung</span></li> <li>• Cerebrale Ischämie <span style="float: right;">⊗ vor   ⊗ während   ⊗ nach Versorgung</span></li> <li>• Epileptischer Anfall <span style="float: right;">⊗ vor   ⊗ während   ⊗ nach Versorgung</span></li> <li>• Akuter Hydrozephalus <span style="float: right;">⊗</span></li> <li>• Symptomatischer Vasospasmus - DCI <span style="float: right;">⊗</span></li> <li>• Shuntpflichtigkeit <span style="float: right;">⊗</span></li> <li>• Pneumonie <span style="float: right;">⊗</span></li> <li>• Ventrikulitis <span style="float: right;">⊗</span></li> <li>• Nosokomiale Infektion <span style="float: right;">⊗</span></li> </ul>
<b>Todes- ursache</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn verstorben im Krankenhaus: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Todesursache: ⊗ cerebral   ⊗ extracerebral   ⊗ unbekannt</li> </ul> </li> </ul>

### III. Anmerkungen

- WFNS, Modifizierte Fisher-Skala und mRS müssen als Teil der Aufnahmedokumentation in der Krankengeschichte erfasst sein.
- Details zur Lokalisation der Blutungsquelle sind grundsätzlich via ICD-10 auswertbar (falls die 4. Stelle entsprechend genau dokumentiert wird).
- Ergebnisqualität: Eine Erhebung der mRS zum Zeitpunkt der Entlassung und des Assessments (nach einem definierten Zeitraum, zB 3/12 Monate) sollte im Hospitalpfad festgelegt werden, ist allerdings nicht Teil des Ergänzungsdatensatzes.



Für jede stationäre Aufnahme einer Subarachnoidalblutung (Hauptdiagnose I60) wird ein Protokoll betreffend die interdisziplinäre Besprechung der Therapieentscheidung (Neurologie + Neurochirurgie + Neuroradiologie) im KIS hinterlegt.

Das Protokoll enthält folgende Informationen:

- Datum
- Uhrzeit
- TeilnehmerInnen
- Therapieentscheidung
  - *operativ (u.a. Clipping)*
  - *endovaskulär (u.a. Colling)*
  - *konservativ*
  - *Comfort Terminal Care*

- Begründung

*[FREITEXT]*

*Datum*

*Unterschrift*

## Datensatzbeschreibung Ergänzungsdokumentation SAB (HD I60), Version 1.1, TGF 10.08.2021

Nr.	FELDNAME	BESCHREIBUNG	FORMAT	AUSPRÄGUNGEN	Prüfung	Beispielwert	Anmerkung	
bei Aufnahme	1	KANR	Krankenanstalten-Nummer analog LKF/MBDS	Text (4)		Pflichtfeld	K706	
	2	AUFNR	Aufnahme-Nummer analog LKF/MBDS	Text (12)		Pflichtfeld	123456789	
	3	i3001	Datum Ereignis	Date	Datum (tt.mm.jjjj)	wenn bekannt Wert, sonst leer	27.02.2021	
	4	i3003	Uhrzeit Ereignis	Time	Uhrzeit (hh:mm)	wenn bekannt Wert, sonst leer	09:00	
	5	i3002	Datum Ereignis unbekannt	Boolean Selection	1 Ja	leer wenn Feld <i>i3001</i> und Feld <i>i3003</i> bekannt		
	6	i3006	Datum Krankenhausaufnahme	Date	Datum (tt.mm.jjjj)	Pflichtfeld	27.02.2021	notwendig, da nicht zwingend ident mit AUFDAT laut LKF (Eintritt ins KH)
	7	i3007	Uhrzeit Krankenhausaufnahme	Time	Uhrzeit (hh:mm)	Pflichtfeld	13:15	
	8	i3010	Zutransport	Integer	1 Anderes Krankenhaus 2 Direkt	Pflichtfeld	1	
	9	i3011	Zutransportarten anderes Krankenhaus	Integer	1 Rettung mit Notarzt 2 Rettung ohne Notarzt 3 Rettungshubschrauber	wenn Feld <i>i3010</i> = 1 dann Wert, sonst leer	3	
	10	i3020	Zutransportarten direkt	Integer	1 Rettung mit Notarzt 2 Rettung ohne Notarzt 3 Rettungshubschrauber 4 Privat	wenn Feld <i>i3010</i> = 2 dann Wert, sonst leer	3	
	11	WFNS	WFNS	Integer	1 Grad 1 2 Grad 2 3 Grad 3 4 Grad 4 5 Grad 5	Pflichtfeld	3	
	12	MFS	Modifizierte Fisher-Skala	Integer	0 Grad 0 1 Grad 1 2 Grad 2 3 Grad 3 4 Grad 4	Pflichtfeld	2	
	13	MRS	prämorbid mRS	Integer	0 Keine Einschränkung 1 Keine relevante Beeinträchtigung 2 Leichte Beeinträchtigung 3 Geringe Beeinträchtigung 4 Deutliche Beeinträchtigung 5 Schwere Beeinträchtigung	Pflichtfeld	5	
	14	VKA	VKA Einnahme	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Derzeit pausiert	Pflichtfeld	1	

Nr.	FELDDNAME	BESCHREIBUNG	FORMAT	AUSPRÄGUNGEN	Prüfung	Beispielwert	Anmerkung	
15	DOAK	DOAK Einnahme	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Derzeit pausiert	Pflichtfeld	2		
16	TFH	Thrombozytenfunktionshemmer	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Derzeit pausiert	Pflichtfeld	2		
17	R_RAUCHEN	Rauchen (derzeit)	Integer	0 Nein 1 gelegentlich 2 täglich	Pflichtfeld	1		
18	R_HYPERTONIE	Hypertonie	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Unbekannt	Pflichtfeld	2		
19	R_SABVOR	SAB in Vorgeschichte	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Unbekannt	Pflichtfeld	2		
20	R_FAMILIE	Positive Familienanamnese für SAB	Integer	0 Nein 1 Ja 2 Unbekannt	Pflichtfeld	2		
Diagnostik	21	CTANGIO	erste CT-Angiographie	Integer	0 keine 1 intern durchgeführt 2 bereits extern durchgeführt	Pflichtfeld	1	
	22	CTANGIO_DAT	Datum erste CT-Angiographie	Date	Datum (tt.mm.jjjj)	wenn Feld CTANGIO = 1 dann Wert, sonst leer	27.02.2021	angelegt im KIS
	23	CTANGIO_UHR	Uhrzeit erste CT-Angiographie	Time	Uhrzeit (hh:mm)	wenn Feld CTANGIO = 1 dann Wert, sonst leer	14:10	angelegt im KIS
	24	KATANGIO	Katheter-Angiographie	Integer	0 Nein 1 Ja	Pflichtfeld	1	
	25	KATANGIO_DAT	Datum erste Katheter-Angiographie	Date	Datum (tt.mm.jjjj)	wenn Feld KATANGIO = 1 dann Wert, sonst leer	27.02.2021	angelegt im KIS
	26	KATANGIO_UHR	Uhrzeit erste Katheter-Angiographie	Time	Uhrzeit (hh:mm)	wenn Feld KATANGIO = 1 dann Wert, sonst leer	15:10	angelegt im KIS
	27	THERAPIE_DAT	Datum Therapieentscheidung	Date	Datum (tt.mm.jjjj)	Pflichtfeld, außer wenn Feld THERAPIE_UNB = 1	27.02.2020	laut Protokoll Therapieentscheidung
	28	THERAPIE_UHR	Uhrzeit Therapieentscheidung	Time	Uhrzeit (hh:mm)	Pflichtfeld, außer wenn Feld THERAPIE_UNB = 1	15:10	laut Protokoll Therapieentscheidung
	29	THERAPIE_UNB	Zeitpunkt Therapieentscheidung unbekannt	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer		
Therapie	30	COTC	Comfort Terminal Care	Integer	0 Nein 1 Ja	Pflichtfeld	0	

	Nr.	FELDNAME	BESCHREIBUNG	FORMAT	AUSPRÄGUNGEN	Prüfung	Beispielwert	Anmerkung
Blutungsquelle	31	NQUELLE	Nachweis einer Blutungsquelle (in der Akutphase)	Integer	0 Nein 1 Ja	Pflichtfeld	1	
	32	ART	Art der Blutungsquelle	Integer	1 Aneurysma 2 AVM 3 AVF 4 sonstige	wenn Feld NQUELLE = 1 dann Wert, sonst leer		
	33	LOKALISATION	Lokalisation der Blutungsquelle	Integer	1 vorderer Kreislauf 2 hinterer Kreislauf 3 sonstige	wenn Feld NQUELLE = 1 dann Wert, sonst leer		
	34	TYP	Aneurysmatyp	Integer	1 sakkuläres Aneurysma 2 fusiformes Aneurysma 3 sonstiges	wenn Feld ART = 1 dann Wert, sonst leer		
	35	GROESSE	Aneurysmagröße	Integer	1 <3 mm 2 3-7 mm 3 >7 mm	wenn Feld ART = 1 dann Wert, sonst leer		
Komplikationen	36	K_NACHBLUT	Nachblutung	Integer	1 vor Versorgung 2 während Versorgung 3 nach Versorgung		1	
	37	K_CERISCH	Cerebrale Ischämie	Integer	1 vor Versorgung 2 während Versorgung 3 nach Versorgung		2	
	38	K_EPI	Epileptischer Anfall	Integer	1 vor Versorgung 2 während Versorgung 3 nach Versorgung		3	
	39	K_HYDRO	Akuter Hydrozephalus	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	40	K_VASOSP	Symptomatischer Vasospasmus - DCI	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	41	K_SHUNT	Shuntpflichtigkeit	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	42	K_PNEUMO	Pneumonie	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	43	K_VENTRIKUL	Ventrikulitis	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	44	K_NOSINFEKT	Nosokomiale Infektion	Boolean Selection	1 Ja	wenn trifft zu 1, sonst leer	1	
	45	TUS	Todesursache	Integer	1 cerebral 2 extracerebral 3 unbekannt		2	
	46	KOMMENTAR	Kommentarfeld	Text (200)	-			