



Anleitung zum Dokumentationsbogen

für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma

Grundsätzliches

Die aktuellen Neuerungen und Ergänzungen des Erstdokumentationsbogens basieren auf dem Grundsatzentscheid des Bundesgerichts BGE 134 V 109 vom 19. Februar 2008. Die Anforderungen an die Dokumentation der Erstkonsultation sowie an die Dokumentation des Verlaufs werden in diesem Entscheid klar festgehalten [1]. Ziel der ersten ärztlichen Untersuchung in der Akutphase ist die Dokumentation des Unfallablaufes aufgrund der Schilderung des Patienten, die Erfassung der aufgetretenen Beschwerden und die Erhebung der klinischen Befunde. Der vorliegende erweiterte Erstdokumentationsbogen berücksichtigt diese Anforderungen und soll Ihnen bei der Erstkonsultation einer Patientin/eines Patienten nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma eine Stütze für Befragung, Untersuchung und Dokumentation für Ihre Krankengeschichte sein. Ausserdem ist der Bogen direkt als erster Bericht zu Händen der Unfall- oder Krankenversicherer zu verwenden.

Eine unzureichende Dokumentation sowie fehlende Arbeitsversuche im Verlauf können sich nachteilig für den Patienten/die Patientin auswirken. Das Bundesgericht hält sinngemäss fest, dass die «sorgfältige ärztliche Erstabklärung mit eingehender Befragung [...] von grosser Wichtigkeit sind» (Zitat aus [1]). Die Verwendung des Erstdokumentationsbogens zur Dokumentation wird zwar nicht explizit verlangt, zur systematischen Erstabklärung jedoch empfohlen.

Die häufigsten Unfallarten sind die Autokollisionen. Ein Teil der Fragen lässt sich nur in diesem Zusammenhang beantworten, im Falle einer anderen Unfallart sind sie hinfällig.

Erläuterungen zum neuen Erstdokumentationsbogen

1. Angaben zum Patienten

Allgemeine Angaben wie Name, Alter, Unfalldatum und Unfallzeit, Erstuntersuchungsdatum und -zeit sowie Angaben des weiterbehandelnden Arztes sind von Interesse. Neu ist hier die Frage nach der Einweisung per Ambulanz, da zunehmend Verunfallte mit der Ambulanz in den Notfall gefahren werden.

2a. Freie Schilderung des Unfallherganges in chronologischer Abfolge durch den Patienten

Der Patient/die Patientin soll die Unfallart, den Unfallhergang und die Unfallumstände möglichst frei schildern. Dies gewährt eine suggestionslose erste Schilderung und kann bereits Anhaltspunkte zur Beantwortung der Frage 2c ergeben. Zu beachten ist, dass die Patientenangaben zu Geschwindigkeiten und Energieeinwirkungen subjektive Eindrücke widerspiegeln und keine unfallmechanische Interpretation durch den behandelnden Arzt zulassen; dies ist nur nach einer genauen Abklärung der involvierten Fahrzeuge durch Unfallexperten und Biomechaniker zulässig.

2b. Unfallhergang

Diese Fragen stehen in Ergänzung zu 2a und können in einer strukturierten Form gestellt werden. Die Unfallart ist wichtig. Beim häufigsten Fall, der Autokollision, werden weitere Details erfragt zu Kopfanprall, Kopfstellung, Körperhaltung, Vorhandensein von Kopfstützen, Tragen von Sicherheitsgurten und anderem.

2c. Befragung zum Unfallablauf ergibt Anhaltspunkte für

Die Klarheit über ein lückenloses Erinnerungsvermögen der Patientin/des Patienten betreffend Unfallablauf in Ergänzung zu 2a dient zum Ausschluss einer Hirnerschütterung (syn. leichte traumatische Hirnverletzung, Commotio cerebri). Ein lückenloses Erinnerungsvermögen kann angenommen werden, wenn

- das Kollisionsgeräusch gehört wurde
- die Einwirkung auf den Körper sowie ein Bewegungseffekt wahrgenommen wurde
- das eigene Verhalten nach Stillstand des Wagens lückenlos beschrieben werden kann.

In diesem Zusammenhang soll auch das psychische Erleben der Patientin/des Patienten exploriert werden.

3. Tätigkeiten nach dem Unfallereignis

Diese Frage zielt sowohl auf die Schwere der initialen Beschwerden als auch auf die Schwere der Beschädigung des Fahrzeugs ab.

4. Angaben des Patienten zu den Beschwerden seit dem Unfallzeitpunkt

Diese Fragen beinhalten die Art der Beschwerden, den Zeitpunkt ihres Auftretens sowie den Verlauf bis zur Erstkonsultation. Für den weiteren Verlauf ist die subjektive Einschätzung der Stärke von Kopf- und Nackenschmerzen nützlich. Auch die Unterscheidung zwischen spontan gegebenen und erfragten Zusatzbeschwerden ist von Interesse. Frühe Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen, vegetative Zeichen, ängstliche oder depressive Symptome werden von manchen Patienten nicht spontan erzählt. Weil diese Symptome mit einem erhöhten Chronifizierungsrisiko vergesellschaftet sind, empfiehlt es sich, in einem nicht suggestiven, kursorisch gehaltenen Stil nach solchen Beschwerden zu fragen. Falls solche Beschwerden angegeben werden, sollen sie als wesentlicher Teil der frühen therapeutischen Führung mit dem Patienten im Rahmen des gesamten medizinischen Kontextes erklärend eingeordnet und im weiteren Verlauf beachtet werden.

5. Frühere Anamnese

Zentral sind die Angaben zu früheren Unfällen mit HWS- und/oder Kopf-Beteiligung sowie zu anderen behandlungsbedürftigen Beschwerden vor dem Unfall. Wichtig ist auch die Befragung über frühere Kopfschmerzen inkl. Migränekopfschmerzen. Die ausführliche Erhebung der früheren Anamnese inkl. Frage zum psychischen Vorzustand (inkl. Psychotherapien) wird gemäss Bundesgerichtsentscheid 134 V 109 erwartet.

6. Untersuchungsbefunde

Die körperliche Untersuchung umfasst einen muskuloskelettalen und einen neurologischen Status.

a) Schmerzen/Beweglichkeit der HWS (aktive, durch den Patienten ausgeführte Bewegungen)

Bei der Inspektion des stehenden Patienten/der stehenden Patientin ist auf Fehlhaltungen wie Protraktion oder Lateralisation des Kopfes/Halses, Schulterhochstand, Abflachung der physiologischen BWS-Kyphose und vorbestehende Haltungsanomalien der Wirbelsäule zu achten.

Prinzipiell sind in der Akutphase nur aktive, d. h. durch den Patienten/die Patientin selber auszuführende Beweglichkeiten zu prüfen, was auch dem «hands-off»-Prinzip der physiotherapeutischen Behandlung während der ersten drei Wochen entspricht. Bei der aktiven Beweglichkeitsprüfung ist die Rotation und Seitneigung des Kopfes in Grad (°), die Flexion/Extension mit dem Kinn-Sternum-Abstand in cm anzugeben.

Das Vorhandensein von Schmerzen in Ruhe, bei Bewegung oder nur auf Druck kann Aufschluss geben über die Intensität der Schmerzen; ein Stauchungsschmerz weist auf eine skelettäre Verletzung hin.

b) Schmerzen / Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation

Diese Rubrik umfasst Schmerzen und Funktionseinschränkungen an anderer Lokalisation, insbesondere im Bereich des Rumpfes.

c) Neurologische Untersuchung

Die neurologische Untersuchung umfasst die Prüfung von Sehnenreflexen, Muskelkraft, Parästhesien, sensibler Defizite sowie weiterer pathologischer neurologischer Befunde wie z. B. Schädigung von Hirnnerven. Der Romberg- und Unterberger-Tretversuch können Hinweise auf eine Vestibularis-Problematik in Zusammenhang mit Schwindel ergeben. Segmentale motorische und/oder sensible Defizite und/oder herabgesetzte/fehlende Muskeigenreflexe weisen auf eine radikuläre Läsion oder eine Plexusläsion hin; Halbseitendefizite und/oder gesteigerte Muskeigenreflexe weisen auf eine zerebrale oder medulläre Läsion hin. In jedem Fall von neurologischen Ausfällen ist ein umgehendes neurologisches Konsilium angezeigt.

d) Aktuelle Bewusstseinslage

Die Beurteilung der Bewusstseinslage erfolgt gemäss der Glasgow-Coma-Scale (GCS). Ein verminderter GCS-Score ist umgehend abzuklären.

e) Sonstige Feststellungen oder Auffälligkeiten (auch Psyche)

Jeglicher Hinweis auf eine auch nur leicht eingeschränkte quantitative oder qualitative Bewusstseinslage ist festzuhalten und bedarf weiterer Abklärungen.

f) Äussere Verletzungen

Alle äusseren Verletzungen sind aufzuführen, insbesondere im Bereich des Skalpes.

g) Röntgen

Alle veranlassten radiologischen Untersuchungen sowie deren Befunde sind festzuhalten.

7. Vorläufige Diagnose

(in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF)-Klassifikation)

Die Diagnoseliste wurde in Anlehnung an die QTF-Klassifikation (Quebec Task Force) erarbeitet. Nach dem Bundesgerichtsentscheid 134 V109 wird die Unterscheidung von Verdachtsdiagnose und Diagnose erwartet, ebenso sind mögliche Differentialdiagnosen anzugeben. Ebenso sind alle zusätzlichen Diagnosen wie z. B. äussere Verletzungen ebenfalls festzuhalten.

8. Therapie/angeordnete Massnahmen

Alle therapeutisch angeordneten Massnahmen sind aufzuführen.

9. Arbeitsfähigkeit

Das Wissen der beruflichen Tätigkeit sowie des aktuellen Arbeitspensums sind für die Festlegung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit im Detail mitentscheidend. Die Erfragung betreffend persönlicher Verhältnisse ist von Interesse, weil psychosoziale Belastungen den Verlauf von Unfallfolgen erschweren können und bei der therapeutischen Führung beachtet werden müssen.

10. Weitere Bemerkungen

Allfällige Ergänzungen oder Erklärungen, die unter keiner der vorherigen Punkte erfasst wurden, können hier angebracht werden, bei Bedarf auch auf Zusatzblättern.

[1] Eine ausführliche Erklärung von lic. iur. David Weiss finden Sie in der Schweizerischen Ärztezeitung 2008;89:47, 2031–2032 unter www.saez.ch > Archiv

Schweizerischer Versicherungsverband SVV
Medizinischer Dienst

Zürich, 28.02.2009

ASA | SVV

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Postfach

CH-8022 Zürich

Tel.+41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch