



Aus:
http://www.providersedge.com/ehr_overview.htm

Grundlegende Aspekte der medizinischen Dokumentation und Organisation (Kapitel 3) + Beispiel

Dr. René Baranyi
DI Reinhard Pitsch

rene.baranyi@inso.tuwien.ac.at



INSO - Industrial Software

Institut für Rechnergestützte Automation | Fakultät für Informatik | Technische Universität Wien

Weitere Themen

- <http://www.segah.org/2018/index.html>
- Info: rene.baranyi@inso.tuwien.ac.at



It is with great pleasure that we invite you to participate in the 6th International Conference on Serious Games and Applications for Health, IEEE SeGAH 2018, to be held in **Vienna, Austria, from 16 - 18 of May 2018**, at the **TU Wien**.



- 1 Konventionelle Akten**
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation**
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation**
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen**
- 5 Praktisches Beispiel**
- 6 Zusammenfassung**

- 1 Konventionelle Akten**
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen
- 5 Praktisches Beispiel
- 6 Zusammenfassung

Warum medizinische Dokumentation?

Warum medizinische Dokumentation?

- **Basis für medizinisches Handeln**
- **Dokumentiert Behandlungsverlauf**
- **Macht Entscheidungen nachvollziehbar**
- **Juristische Aspekte (geschuldete Leistung des Arztes)**
 - Aufbewahrungspflicht
 - Die gesetzliche Aufbewahrungsfrist für stationäre Krankengeschichten beträgt 30 Jahre, für Ambulanzakten und Röntgenbilder 10 Jahre

Wo finden sich Krankenakten?

Wo finden sich Krankenakten?

▪ In Unterschiedliche Komplexität und Ausprägung in allen Gesundheitseinrichtungen

- Krankenhaus
- Arztpraxis
- Physiotherapie
- etc.

Definition einer Akte

▪ Viele verschiedene Definitionen

- „...die über eine bestimmte Angelegenheit gesammelten Schriftstücke“ [Brockhaus]
- „Zusammenfassung von Schriftstücken zu einem Vorgang, so dass alle dazu vorhandenen, schriftlichen Informationen zusammengefasst verfügbar sind“ [Online-Verwaltungslexikon]
- Als Akte (engl.: *file*) bezeichnet man eine Menge von Aufzeichnungen, die
 - bei der eigenen Verwaltungs- oder Geschäftstätigkeit anfallen und
 - aufgrund eines gemeinsamen Merkmals zusammengefügt (formiert) und so aufbewahrt wird. [Wikipedia]

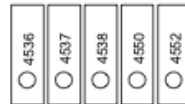
- **Welche Akten gibt es (Aktenpan) und welche Dokumente werden in diesen Akten abgelegt?**
 - abhängig von anfallenden Schriftgut
 - alltäglicher Gebrauch
- **Ordnung innerhalb der Akten**
 - Je nach Größe der Akte (Register, chronologisch, etc.)

Konventionelle Akten

- **Archivierung (Ordnung außerhalb der Akte)**
 - Aktensammlungen
 - Verschiedene Kriterien der Ordnung
 - z.B. etwa 7 Millionen Patientendokumentationen (Krankengeschichten, Röntgenbilder, etc.) in der Verwaltung des Medizinischen Dokumentationszentrums (KAV).

Externe Ordnung, Archiv-Organisation nach Aktenplan

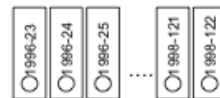
Nach lfd. Nummern:



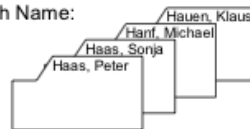
Nach Geburtsdatum & Namenszusatz:



Aufnahmejahr & lfd. Nummer:



Nach Name:



Interne Ordnung, Ablage in der Akte

Register nach Dokumenttypen
Registersortierung alphabetisch
oder nach Wichtigkeit:



Chronologisch ab-/aufsteigend:



Aus: <http://www.uk-erlangen.de>

Konventionelle Krankenakte

▪Definition

- „Systematische Akte mit der Krankengeschichte eines Patienten, die durch einen Arzt oder sonstigen Gesundheitsvorsorgenden geführt wird...“[CEN/TC251]

▪Enthält alle behandlungsrelevanten Dokumente

▪Dient Feststellung der „Ws“:

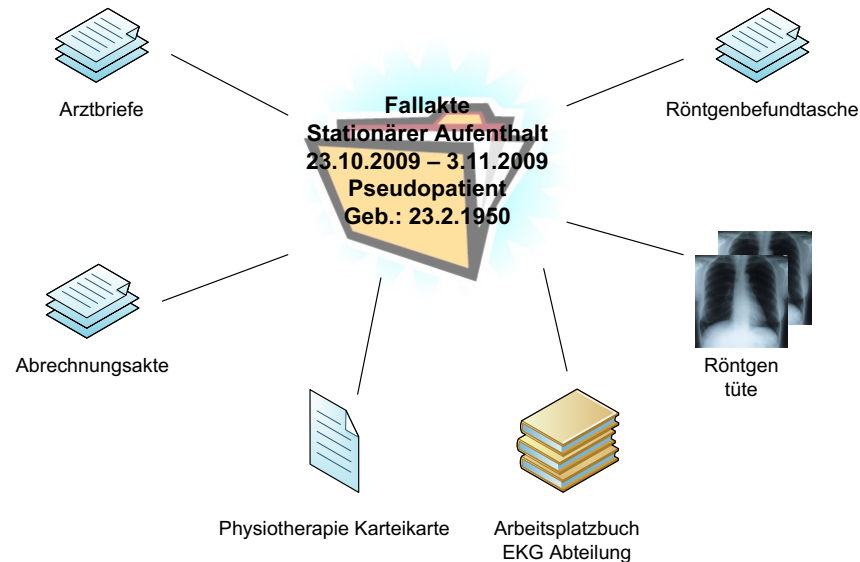
- Was (welche medizinische Handlung)
- Wann (zu welchem Zeitpunkt)
- Wer (von welcher Person)
- Warum (aus welchem Grund)
- Wem (für welchen Patienten)



#0027 - Copyright © Thinking Pharma

Konventionelle Krankenakte

- Eine Hauptakte mehrere Nebenakten



Konventionelle Krankenakte

▪ Welche Akten gibt es

- Patientenakte
- Fachabteilungsakte
- Fallakte
- Nebenakte/Spezialakte
- Pflegeakte/Therapeutenakte
- Registerakte



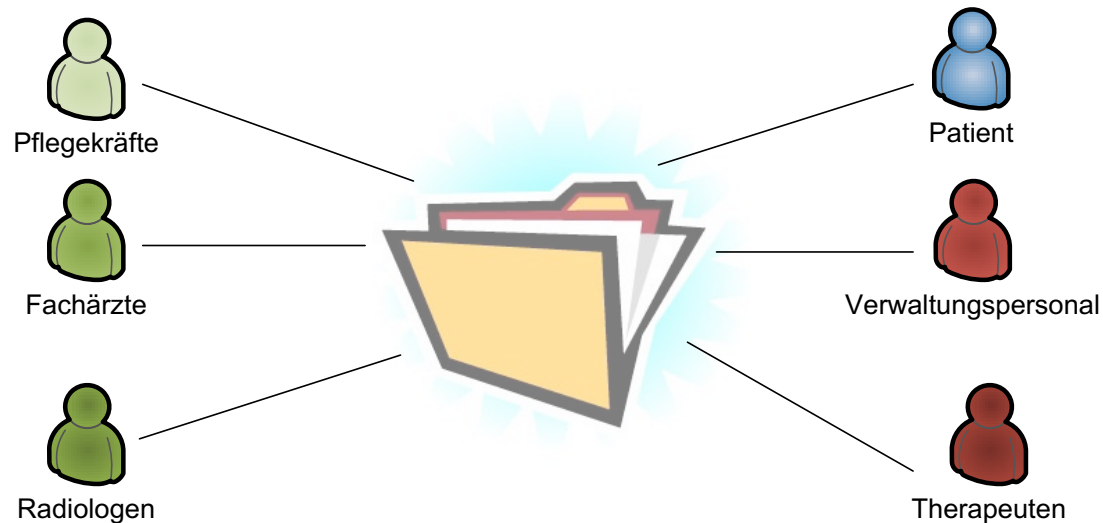
http://www.cartoonstock.com/directory/m/medical_records.asp

- 1 Konventionelle Akten
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation**
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen
- 5 Praktisches Beispiel
- 6 Zusammenfassung

Bedeutung der medizinischen Dokumentation

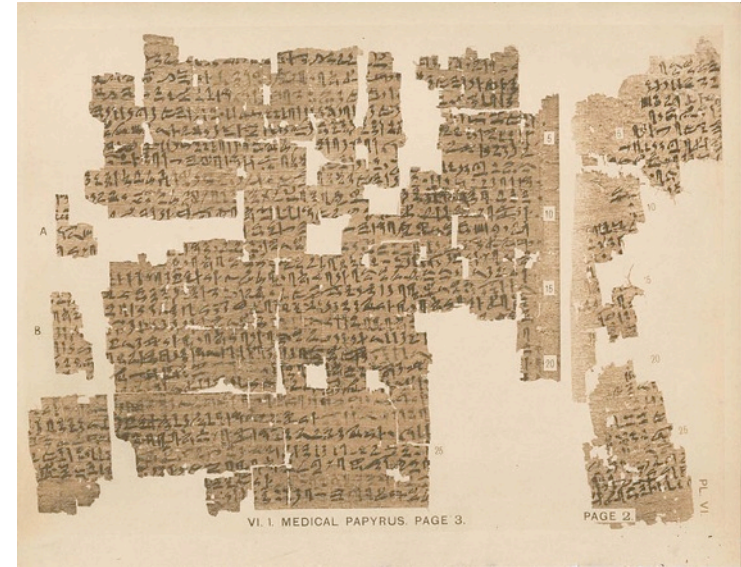
- **Gesundheitsversorgung ist multi- und interdisziplinär**
- **Dokumentation zentrale Säule davon**
- **Dokumentation ist Kommunikationsmedium**
- **Vielfältige Verwendungszwecke**
 - Primär
 - Sekundär
 - Tertiär

Bedeutung der medizinischen Dokumentation





Teildokumentationen

- Klinische Basisdokumentation
- Verlaufsdokumentation
- Befunddokumentation
- Operationsdokumentation
- Pflegedokumentation
- Krankenblattabschluss (Arztbrief)
- Spezialdokumentation
- Aufgabenbezogene Spezialdokumentation



Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation

„Problem“

Pat-Nr.: 1100  CHI 050 14 00	Einweisender Arzt: Dr. Puth.
	Einweisungsdiagnose: L.a. TEP ei. Hüfte leuk
	Unverträglichkeiten - Allergien: TEP \emptyset
Hausarzt: Dr. Meyer.	Prothesen - Sehhilfen - Zahnersatz u.ä.: VP
Angehöriger: 	
Tel.-Nr.: 1100 TV	
Aufnahme: <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> liegend <input checked="" type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> gehend	Blutgruppe:
Begleitung: <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name:	Weitere Informationen über den Patienten, z.B.: Ess- und Trinkverh., Schwerhörigk., Schlafst., Körperhyg., Raucher etc.: F. A. P. L. A. Diabetes mellitus seit ca. 15 Jahren Temp. normal ist Kunstherz also 1 e. Kist 2 mal 2000 Operationen davor 23 Jahre TEP ei. Hüfte L. B. 2000 2. B. 2000 2. Kist, auch einige relativt wenige 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 71

Lösung = Strukturierung/Formalisierung?

Einlieferung von: Martha, Müller, 13.04.1946

Angaben zum Eintreffen

Aufnahmeart: Durch Wen: Begleitung:

Mobilität: Bewusstsein:

Bemerkung:

Einweisung durch:

Einweisungs-Diagnose:

Klinische Angaben

Puls: Blutdruck: /

Temp:

Gewicht: Grösse:

Allgzust:

Klin. Bemerkung:

Unvertr./Allergien:

Anamnестische Angaben

Vorerkrankungen	am/seit	ICD
TBC Hüftgelenk li.	Kindheit	A18.0
Diabetes mellitus	23. LJ.	E10.9
Myocardinfarkt	4 J.	I21.3

frühere Operationen	Am	ICPM
Hüft-TEP	1976	5-820 -
Schilddrüsenresektion	1994	5-062 -

derzeitige Medikation			
Alprotec Forte	1	-0	-1
Pericor Forte	1	-0	-1

✓ ✗ ↩

Standardisierung („Lösung“)

Drop-Down-Liste mit: gehend, sitzend, liegend

Einlieferung von Martha, Müller, 13.04.1946

Angaben zum Eintreffen

Aufnahmeart Durch Wen

Mobilität Bewusstsein

Bemerkung

Klinische Angaben

Puls Blutdruck /

Temp

Gewicht Grösse

Allgemeinzustand ☒ gut ☐ reduziert ☐ schlecht

Klin. Bemerkung

Unvertr./Allergien

Anamnese Angaben

Vorerkrankungen #

Vorerkrankungen #	am/seit	ICD #
TBC Hüftgelenk li.	Kindheit	A18.0
Diabetes mellitus	23. LJ	E10.9
Myocardinfarkt	4 J.	I21.3

frühere Operationen #

frühere Operationen #	Am	ICRM #
Hüft-TEP	1976	5-820-
Schilddrüsenresektion	1994	5-062-

derzeitige Medikation #

derzeitige Medikation #			
Altrotec Forte	1	0	1
Paricor Forte	1	0	1

Drop-Down-Liste mit: klar, somnolent, komatös

mögliche Werteausprägungen
als Optionsfelder

Felder, in denen mittels Funktionstaste oder Doppelklick
umfangreiche Wertelisten zur Selektion abgerufen werden
können.

Standardisierung

■ Problem durch

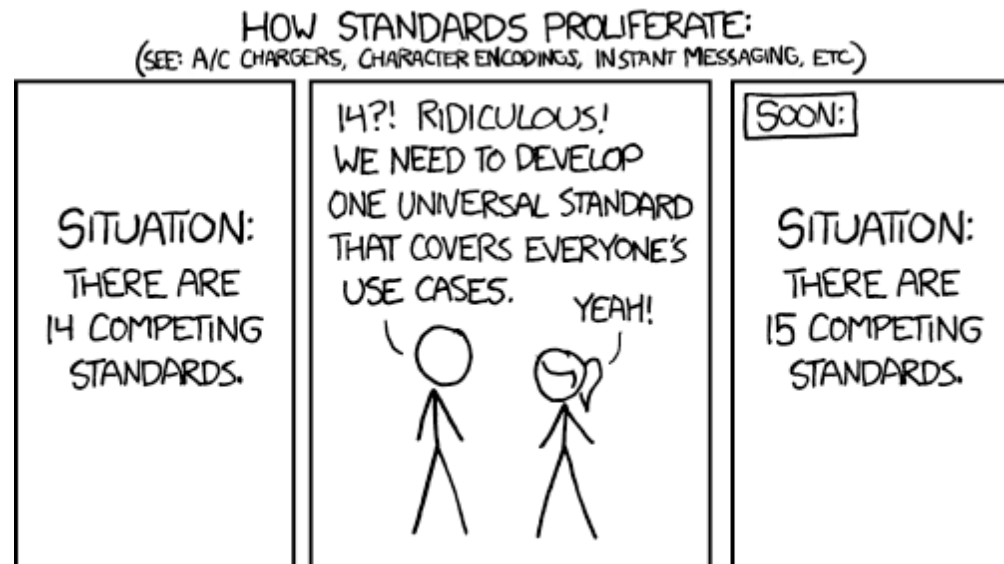
- Uneinheitliche und nicht gut strukturierte/formalisierte Eingabe

■ Lösung durch Festlegung von

- Grad der Standardisierung
- Zweck der Akte

■ Lösungumsetzung durch

- Formalisierung
- Strukturierung



Einteilungen, Stadien, Scores und Ordnungssysteme

▪Einteilungen

- Schweregrade
- Typisierungen

▪Stadien

- Status Patient bzgl. krankhafter Prozesse

▪Scores

- Zustand mehrerer Beobachtungen numerisch fassen

▪Ordnungssysteme

- Innere Strukturierung/Hierarchiebildung
 - z.B.:
 - ICD

Einteilungen, Stadien, Scores und Ordnungssysteme

▪ Beispiel ICD-10 GM 2010:

Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems (G00-G09)

G00.- Bakterielle Meningitis, anderenorts nicht klassifiziert

Inkl.: Arachnoiditis
Leptomeningitis
Meningitis
Pachymeningitis

bakteriell

Exkl.: Bakterielle:
• Meningoenzephalitis ([G04.2](#))
• Meningomyelitis ([G04.2](#))

G00.0 Meningitis durch Haemophilus influenzae

G00.1 Pneumokokkenmeningitis

G00.2 Streptokokkenmeningitis

G00.3 Staphylokokkenmeningitis

G00.8 Sonstige bakterielle Meningitis

Meningitis durch:

- Escherichia coli
- Klebsiella
- Klebsiella pneumoniae [Friedländer]

G00.9 Bakterielle Meningitis, nicht näher bezeichnet

Meningitis:

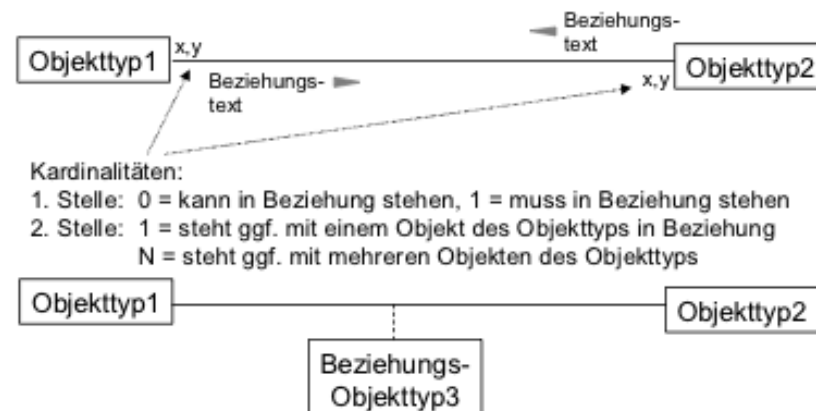
- eitrig o.n.A.
- purulent o.n.A.
- pyogen o.n.A.

- 1 Konventionelle Akten
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation**
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen
- 5 Praktisches Beispiel
- 6 Zusammenfassung

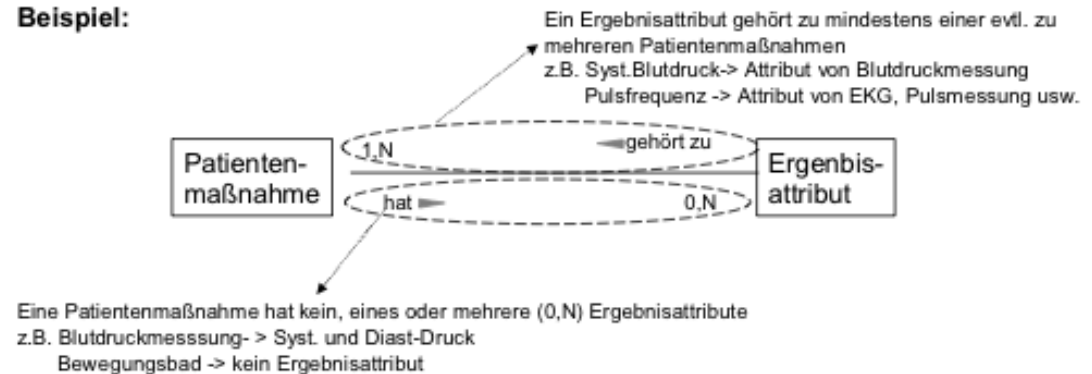
- **Mehr als technische Sammlung von Dokumenten**
 - Medizinische Dokumentation dient Behandlung
 - Dokumentiert Verlauf
 - Basis für Entscheidungen
 - Macht Entscheidungen nachvollziehbar und begründbar
- **Zusammenhang herstellen zwischen**
 - Medizinisches Handeln
 - Behandlungsprozesse
 - Dafür notwendige Dokumente

■ Gemeinsames Verständnis durch Ontologien

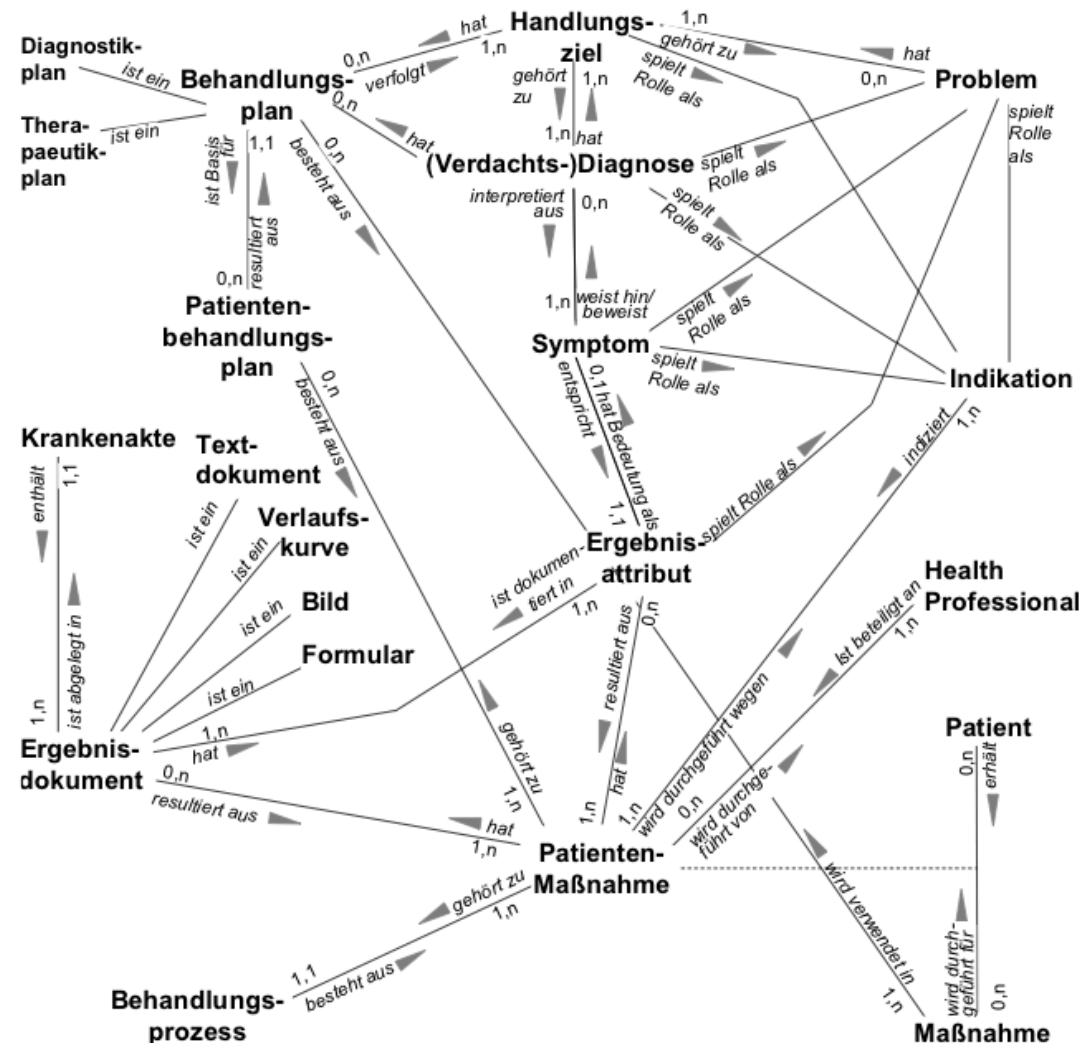
- Aggregation
- Generalisierung/Spezialisierung
- Rollenbeziehung
- Attributierung



Beispiel:



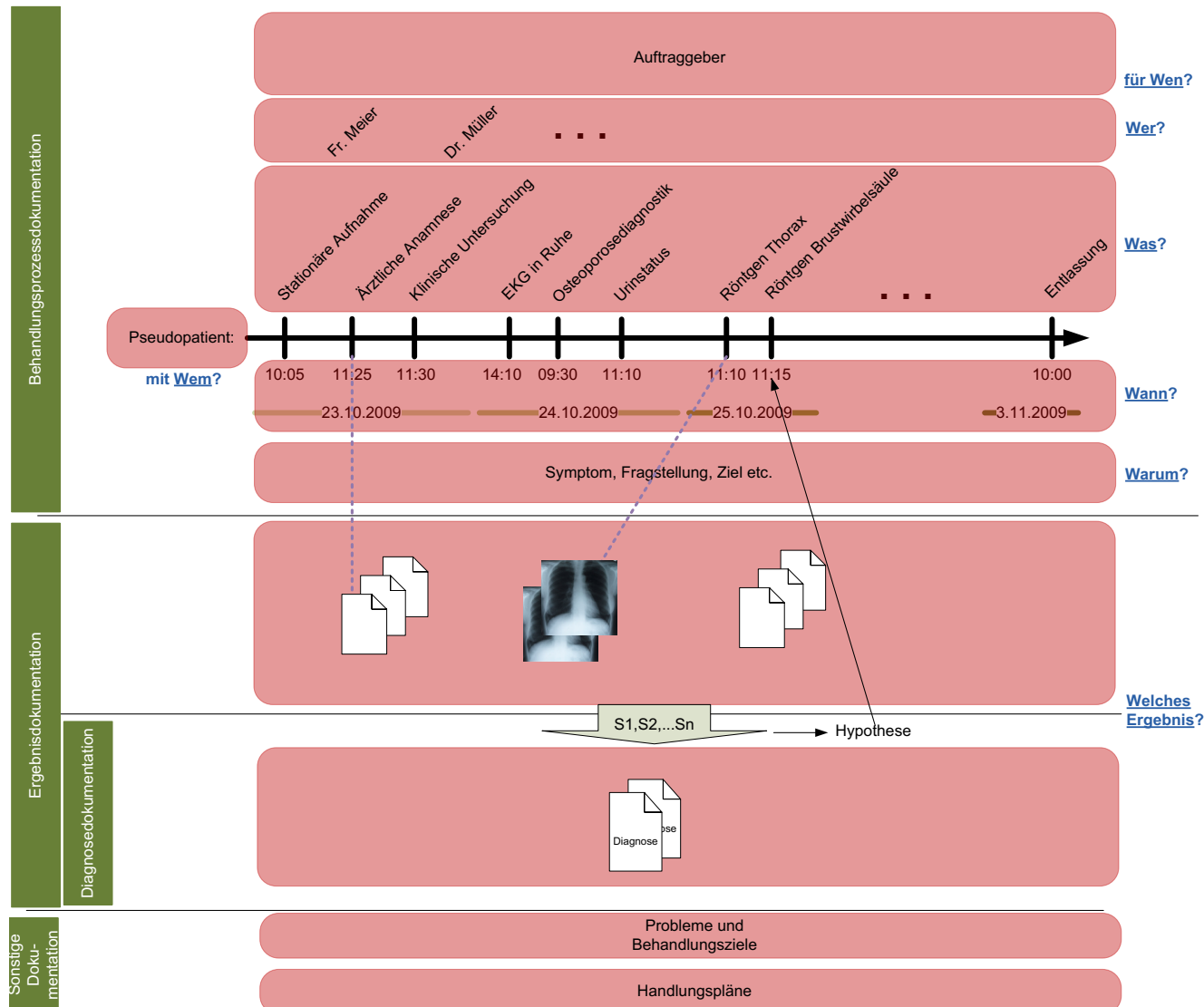
■ Domänenontologie



Behandlungsprozess und dessen Dokumentation

- **Ziel: Unterstützung des Versorgungsprozesses**
- **Zentrale Fragen (7 Ws)**
 - Wer
 - Wann
 - Was
 - Warum
 - Mit Wem
 - Für Wen
 - Mit Welchem Ergebnis
- **Maßnahmenkatalog für die Prozessdokumentation**
 - Konkrete Maßnahme führt zu Ergebnisdokument
 - Spezielles Ergebnis: Symptome

Medizinisches Handeln. Behandlungsprozess und medizinische Dokumentation



Probleme und Behandlungsziele

- **Problemdokumentation als Teil der Krankenblattführung**
- **Ziele des problemorientierten Krankenblattes**
 - Patientendaten zweckmäßig und geordnet dokumentiert
 - Anlass, Ziel und Erfolg nachvollziehbar
 - Kontinuierliche Betreuung soll gesichert werden
- **SOAP Konzept (Weed)**
 - Subjective
 - Objective
 - Assessment
 - Plan

Probleme und Behandlungsziele

▪Krankenblatt Einteilung

- Datenbasis
- Problemliste
- Initialplan/Behandlungsplan
- Verlaufsnotizen
- (Verlaufsbogen)
- Abschlussbericht

▪Handlungspläne/Handlungsziele definieren

- 1 Konventionelle Akten
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen**
- 5 Praktisches Beispiel
- 6 Zusammenfassung

- **multidimensionale Leistungserbringung**
 - Zeitliche Unterschiede
 - Örtlich Unterschiede
 - Viele beteiligte Personen

- **multidimensionale Leistungserbringung**

- Zeitliche Unterschiede
- Örtlich Unterschiede
- Viele beteiligte Personen

- **Leistungskommunikation**

- Prozess der arbeitsbeteiligten Anordnung und Erbringung von Leistungen

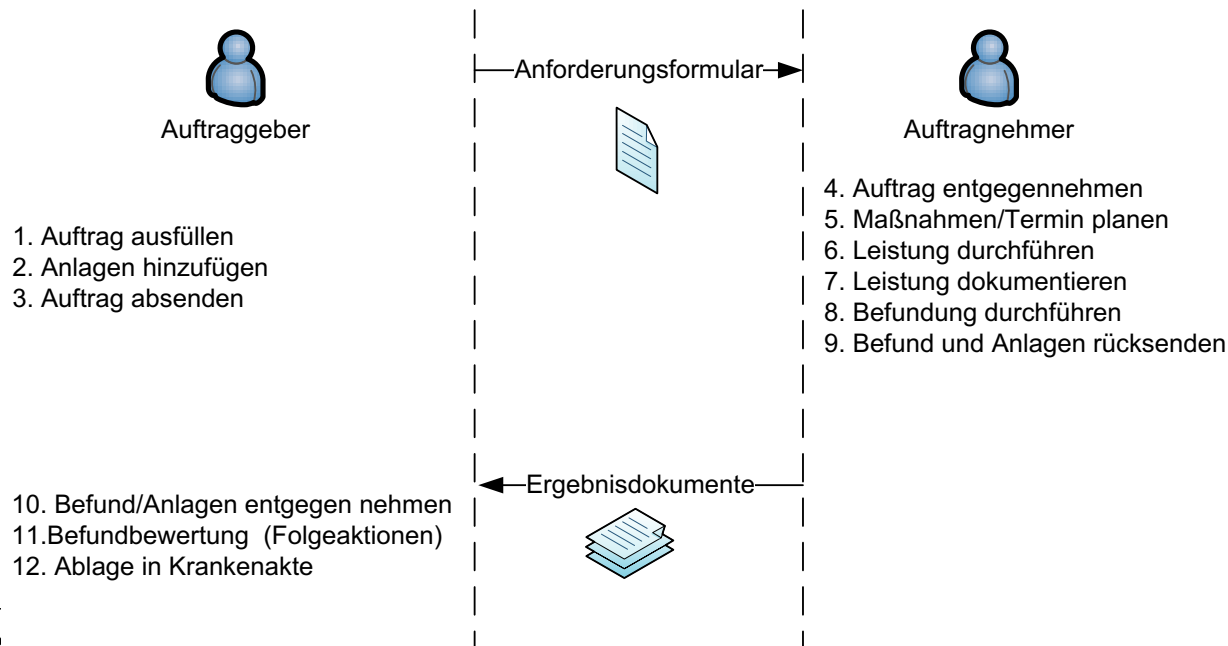
Organisation von Behandlungsprozessen

▪ multidimensionale Leistungserbringung

- Zeitliche Unterschiede
- Örtlich Unterschiede
- Viele beteiligte Personen

▪ Leistungskommunikation

- Prozess der arbeitsbeteiligten Anordnung und Erbringung von Leistungen



- **Leistungserbringung durch Formulare**
- **Mehrfache Zwecke**
 - Beauftragung
 - Schriftliche Kommunikation
 - Dokumentation (Ergebnisdokumentation)
- **Möglicher Aufbau**
 - Auftragskopf (für Wen, Wer, mit Wem, allgemeine Anmerkungen)
 - Auftragsposition (Warum, Was)
 - Auftragsergebnis (Welches Ergebnis)
 - Abrechnungsteil

Organisation von Behandlungsprozessen

Beispiel: Wundformular

Zuweisungsformular Wundambulanz

Fax: 01 / 400 88 – 6299



Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser,

Dieses Formular ist Voraussetzung für eine Zuweisung in die Wundambulanz und durch den behandelnden Arzt genau auszufüllen. Bitte faxen Sie das Formular an die Wundambulanz, Fax: 01 / 400 88 – 6299.

Leitstelle Ambulanz (Terminvereinbarung bzw. Kontaktaufnahme):
Tel.: 01 / 400 88 – 6200, Mo bis Fr von 8.00 – 15.00 Uhr
E-Mail: wundambulanz@khgh.at

In unserer Wundambulanz betreuen wir Patienten mit **chronisch-stagnierenden, rezidivierenden Wunden** (mind. 6-wöchiges Bestehen der Wunde). Wir bitten Sie die unterhalb angeführten Voruntersuchungen zu veranlassen. Bitte händigen Sie dem Patient die aktuellen Befunde gemeinsam mit dem Patienteninformationsblatt der Wundambulanz aus. Die Befunde dürfen am Tag des Wundambulanz-Termins nicht älter als 2 Wochen sein.

Voruntersuchungen:

- EKG
- Labor
 - Blutbild
 - CRP
 - Kreatinin, Elektrolyte, BUN
 - GGT, ALP, GOT, GPT
 - PTZ, PTT
 - BZ + HbA1C (bei Diabetikern)
 - Albumin, GEW
- Skelettröntgen: nur bei tiefen Wunden der Extremitäten

Vielen Dank für Ihre Zuweisung!
Ihr Team der Wundambulanz
Krankenhaus Göttlicher Heiland

Durch Arzt auszufüllen:

KONTAKTDATEN

Zuweisender: (händisch eintragen bzw. Ordinationsstempel)	Telefon:
	Fax: (wennig)

SOZIALANAMNESE (bitte in Druckbuchstaben):

Vorname:	Geburtsdatum:	SV-Nr.:
Nachname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:	
Telefon (wichtig):	Beruf:	
Lebenssituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft lebend <input type="checkbox"/> im Pflegeheim lebend <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege		
Bezugsperson:	Telefon:	
Hausarzt:		
Anmerkung:		

Bitte beachten Sie auch die 2. Seite

Erstellt: Projektkolleg Integriertes Wundmanagement, aktualisiert durch KGGH – Sept. 2008

Patientenname: _____
(bitte Nachnamen nochmals eintragen)

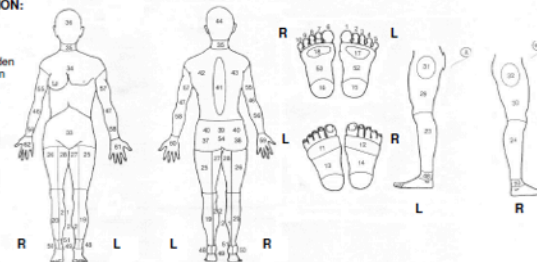
Wunddiagnose:	
sonstige Diagnosen:	
Einflussfaktoren:	<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infektion (systemisch) <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> art. Verschlusskrankheit <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> chron. venös. Insuffizienz <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Nikotin
Mobilität:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> immobil
Allergien:	
Schmerzen: (bitte Ankreuzen)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 stark Kompressionstherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

WUNDBESCHREIBUNG

Wunde Nr.	Größe	Tiefe	Wundart	Wundstatus	Wundbeschreibung (bitte Wunde kurz beschreiben)	Entzündungszeichen
1	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad:
2	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad:
3	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad:
4	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad:

WUNDLOKALISATION:

Bitte Wundlokalisierung einkreisen.
Im Fall mehrerer Wunden mit der entsprechenden Nummer von oberhalb (1, 2, 3, 4) beschriften.



Erstellt: Projektkolleg Integriertes Wundmanagement, aktualisiert durch KGGH – Sept. 2008

Organisation von Behandlungsprozessen

Beispiel: Wundformular

Zuweisungsformular Wundambulanz
 Fax: 01 / 400 88 – 6299



KRANKENHAUS
Göttlicher Heiland
BILD UNTERSTÜTZEN DER VEREINZELTEN LEISTEN
Menschen im Zentrum und Leben – www.krhgottlicher.at

Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser,

Dieses Formular ist Voraussetzung für eine Zuweisung in die Wundambulanz und durch den behandelnden Arzt genau auszufüllen. Bitte faxen Sie das Formular an die Wundambulanz, Fax: 01 / 400 88 – 6299.

Leitstelle Ambulanz (Terminvereinbarung bzw. Kontaktaufnahme):
 Tel.: 01 / 400 88 – 6200, Mo bis Fr von 8.00 – 15.00 Uhr
 E-Mail: wundambulanz@khgh.at

In unserer Wundambulanz betreuen wir Patienten mit **chronisch-stagnierenden, rezidivierenden Wunden** (mind. 6-wöchiges Bestehen der Wunde). Wir bitten Sie die unterhalb angeführten Voruntersuchungen zu veranlassen. Bitte händigen Sie dem Patient die aktuellen Befunde gemeinsam mit dem Patienteninformationsblatt der Wundambulanz aus. Die Befunde dürfen am Tag des Wundambulanz-Termins nicht älter als 2 Wochen sein.

Voruntersuchungen:

- EKG
- Labor
 - Blutbild
 - CRP
 - Kreatinin, Elektrolyte, BUN
 - GGT, ALP, GOT, GPT
 - PTZ, PTT
 - BZ + HbA1C (bei Diabetikern)
 - Albumin, GEW
- **Skelettröntgen:** nur bei tiefen Wunden der Extremitäten

Vielen Dank für Ihre Zuweisung!
 Ihr Team der Wundambulanz
 Krankenhaus Göttlicher Heiland

Durch Arzt auszufüllen:

KONTAKTDATEN

Zuweisern: (händisch eintragen bzw. Ordinationsstempel)	Telefon:
	Fax: (wichtig)

für Wen

Bitte beschreiben Sie auch die 2. Seite

Vorname:	Geburtsdatum:	SV-Nr.:
Nachname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Nr.:	PLZ, Wohnort:	
Telefon (wichtig):		
Lebenssituation: <input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> in Gemeinschaft lebend <input type="checkbox"/> im Pflegeheim lebend <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege		
Bezugsperson:	Telefon:	
Hausarzt:		
Anmerkung:		

mit Wem

Patientenname: _____
(Bitte Nachnamen hochschreiben)

Wunddiagnose:																							
sonstige Diagnosen:																							
Einflussfaktoren:	<input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infektion (systemisch) <input type="checkbox"/> Polyneuropathie <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> art. Verschlusskrankheit <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> ... <input type="checkbox"/> chron. venös. Insuffizienz <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Nikotin																						
Mobilität:	<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> immobil																						
Allergien:																							
Schmerzen: (bitte Ankreuzen)	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td>keine</td><td>leicht</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>stark</td> </tr> </table> Kompressionstherapie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	keine	leicht									stark
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
keine	leicht									stark													

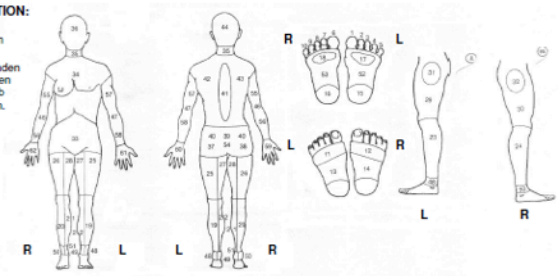
WUNDBESCHREIBUNG

Wunde Nr.	Größe	Tiefe	Wundart	Wundstatus	Wundbeschreibung (bitte Wunde kurz beschreiben)	Entzündungszeichen
1	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad: <input type="checkbox"/>
2	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad: <input type="checkbox"/>
3	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad: <input type="checkbox"/>
4	..... mm x mm	..... mm	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> diabetisch <input type="checkbox"/> Schürfwunde <input type="checkbox"/> Verbrennung <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erstwunde <input type="checkbox"/> rezidiv seit:		<input type="checkbox"/> Rötung <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Ödeme <input type="checkbox"/> Fieber Grad: <input type="checkbox"/>

Was/Warum/Welches Ergebnis

WUNDLOKALISATION:

Bitte Wundlokalisation einkreisen.
 Im Fall mehrerer Wunden mit der entsprechenden Nummer von oberhalb (1, 2, 3, 4) beschriften.



Erstellt: Projektbroschüre Wundambulanz, adaptiert durch KHGH – Sept. 2008

- 1 Konventionelle Akten
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen
- 5 Praktisches Beispiel**
- 6 Zusammenfassung

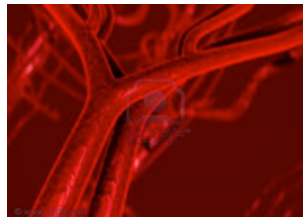
SPICS – Was ist SPICS?

SPICS = Secure Platform for Integrating Clinical Services

- Webbasierte Dokumentationsplattform für medizinische Dienstleistungen
- Etabliert in **3 medizinischen Sektoren**:
 - **SPICS** – Soul, Psychiatrie, bipolare Erkrankungen
 - **VASC** – Gefäßchirurgie
 - **WHAT** – Wund-Heilungs-Analyse-Tool, Wundmanagement



[3]



[4]



[5]

- **Kollaborative Plattform** mit verteilten Dokumentationen
- Datenexport zur statistischen Evaluierung
- **Sichere** und **flexible Architektur**
- **Plug-in Konzept**: leichte Integration neuer Funktionalitäten
- Datenschutzkonzept basierend auf **Pseudonymisierung**



[6]

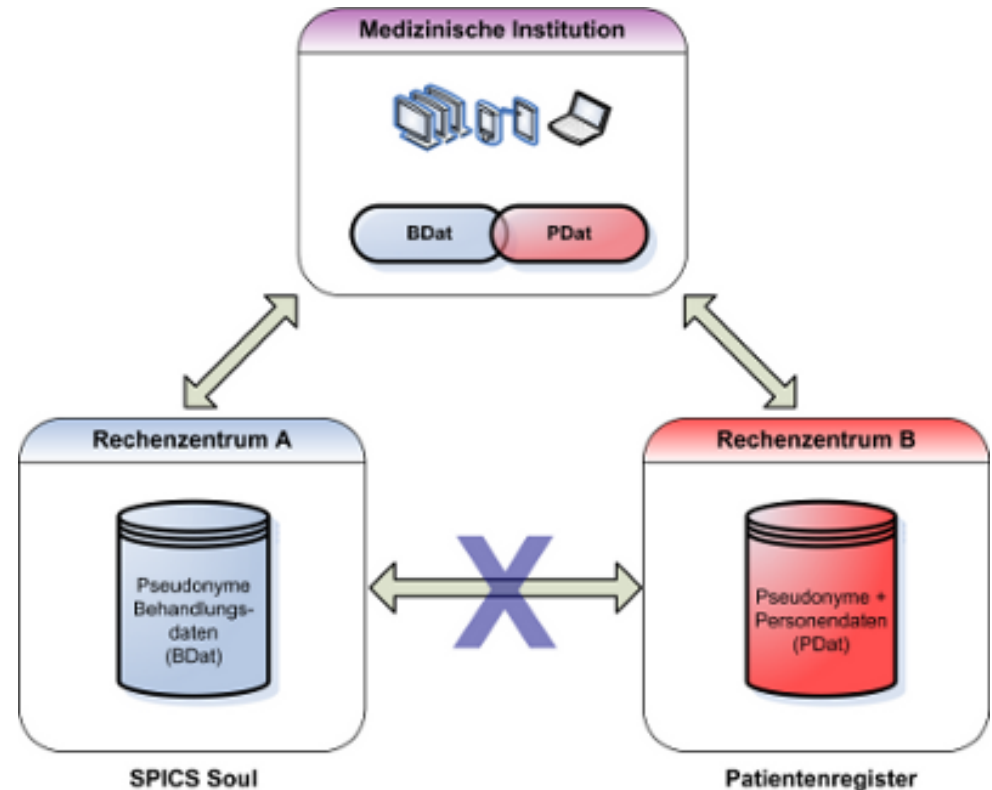
Personendaten werden NICHT in SPICS gespeichert

Lösungen:

- Personendaten in lokaler Datenbank speichern
- Personendaten nur im Krankenhausinformationssystem (KIS) speichern
- Interaktion zwischen zwei physisch getrennten Webapplikationen

Datenschutzkonzept 1: Patientenregister

- **Patientendaten** und **pseudonyme Behandlungsdaten** werden getrennt von einander gespeichert
- **Rechenzentrum A:** speichert pseudonyme Behandlungsdaten
- **Rechenzentrum B:** verknüpft Pseudonyme mit zugehörigen spezifischen Personendaten



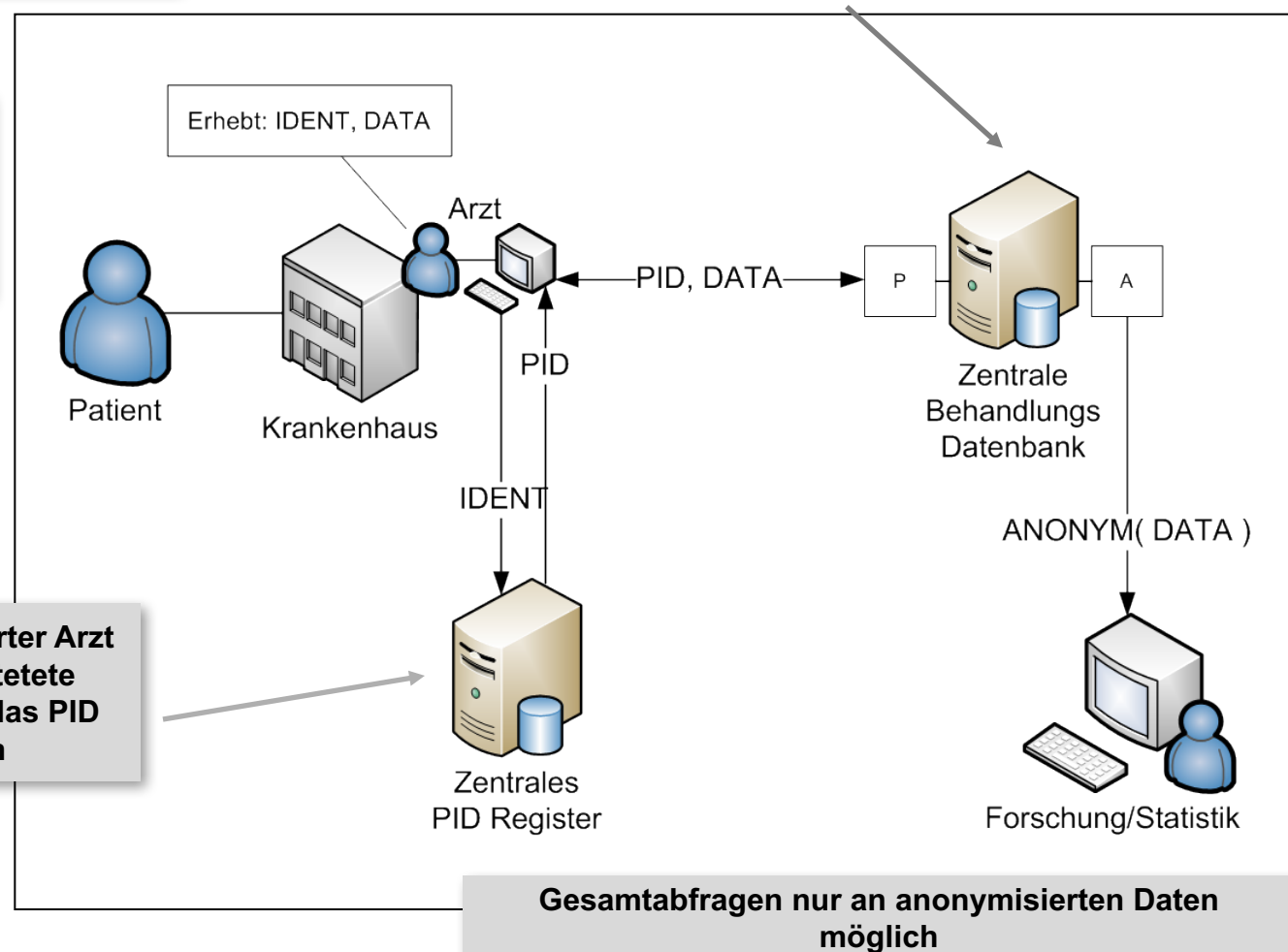
Datenschutzkonzept 1

Protokollierung, Abfragen und Änderung der Daten erfolgen laut DSGVO 2000

Die Daten von Patientenregister und die Daten von SPICS werden im Browser zusammengeführt

Authentifizierter und autorisierter Arzt kann nur auf von ihm verwaltete Patienten zugreifen und über das PID Register re-identifizieren

Pseudonymisierungsfunktion – ausschließlich pseudonyme Datenhaltung (zentrale Behandlungsdatenbank)



Patientenregister

- Speichert **Patientendaten, zB:**
 - Vorname
 - Nachname
 - SVNr
- **Verbindet Pseudonym mit spezifischen Patientendaten**
- **Einfache Handhabung** trotz state-of-the-art betreffend Sicherheit sensibler Daten
- **Keine verwirrenden Ids**
- Stattdessen **Arbeit mit Patientennamen**

Test00007	Personendaten Bitte im Register einloggen. Anmelden
Test00006	

SPICS Register Webportal

Willkommen auf der SPICS Register Startseite!

[Patienten](#) → [Patientendaten ansehen](#)

Bitte loggen Sie sich im Patientenregister ein, um Personendaten einsehen zu können.

Benutzername:

Passwort:

[Anmelden](#) [Abbrechen](#)

[Zurück, Patienten](#) [Anmelden](#)

Pat	Personendaten Name: Max Mustermann Geburtsdatum: 24.06.1976
Test0000	
Patient00	

Beispiel aus SPICS Soul

Personendaten

Name: Franz Muster

Geburtsdatum: 05.02.1950

Test Dokumentation Bipolar Test



10 zuletzt modifizierte Patienten ?

Suche: ?

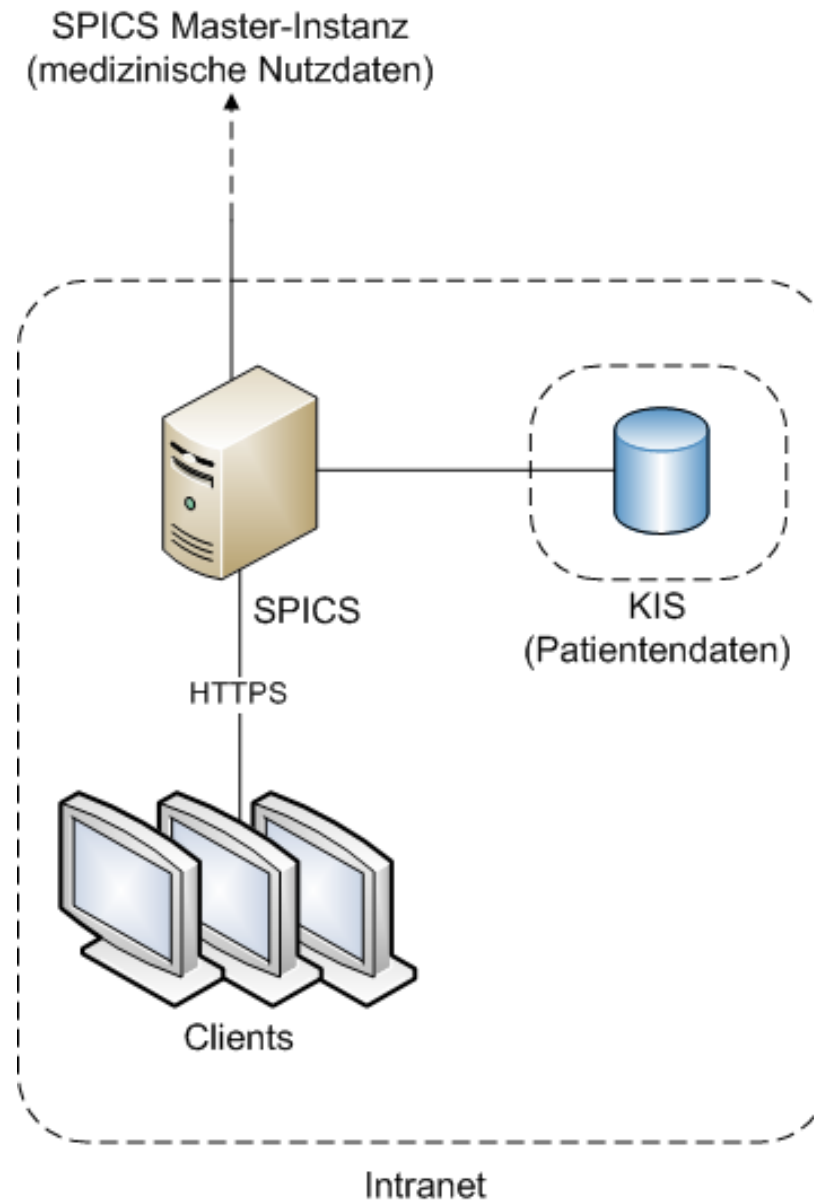
	Patienten-ID ↕	Benutzer ↕	Organisation ↕	Patient seit ↕	Zuletzt modifiziert am ↕
	Patient00040	Max Müller	Testorganisation	11.12.2009 16:30	11.12.2009 16:30
	Patient00039	Max Müller	Testorganisation	11.12.2009 16:17	11.12.2009 16:17
	Patient00038	Max Müller	Testorganisation	11.12.2009 16:06	11.12.2009 16:06

Patient hinzufügen ?

Patienten-ID:

[Kontakt](#) | [Über SPICS](#)
Version 1.9.3646.041220091607

Datenschutzkonzept 2: Personendaten im KIS speichern



WHAT (SPICS) – Interaktion mit KIS (SAP)

Arbeitsplatz Bearbeiten Springen Einstellungen System Hilfe

GCHI1WUN Warteliste

Formulare Grundeinstellung Selektion ändern

Arbeitsumfeld

- DOKUMENTE (Fall - n. freigegeben)
- LABORBEFUNDE
- BEFUNDE (nicht gelesen)
- Arbeitsliste RÖ morgen (BE)
- J1 Pflege
 - BELEGUNG
 - ZUGÄNGE
 - ABGÄNGE
 - AUFTRÄGE
 - AUFTRÄGE (nicht bestätigt)
 - DOKUMENT (Fall)
 - DOKUMENT (Fall - n. freigegeb.)
 - LABORBEFUNDE
 - BEFUNDE (nicht gelesen)
- J2 Pflege
- J3 Pflege
- J4 Pflege
- J7 Pflege
- JANA1ITV Pflege
- JANA1ITV MED
- J5 Med Interne 1
- LINT2AMB Arbeitsliste
- HC1 Pflege
- HO1 Pflege
- HO2 Pflege

Funktionen

- Favoriten
 - Solution Manager
 - ISH
 - Transporte
 - ISH - Basis
 - User
 - Basis
 - Krankenhaus -> Patientenmanagen
 - Patientendaten anschauen

GCHI1WUN Warteliste DO 11.08.2008 08.09 23:59 (12 Patienten)

Termin...	WZeit	Beh. OE	EL	P.St	Pseudonym	Titel	Patient	Patient/Alter/Geschl.	Geb.datum	Patt...	Fa	Info	R	L	D	BS	Pri	Be
09:00		GCHI1...	123	000												P		
08:30		GCHI1...	123	000												P		
08:00		GCHI1...	123	000			500506747									P		W
10:45		GCHI1...	123	000		Prof.	500506475									P		Di
12:00		GCHI1...	123	000			500307683									P		
11:00		GCHI1...	123	000												P		
08:30		GCHI1...	123	000												P		
10:30		GCHI1...	123	000			500493226									P		Ul
08:30		GCHI1...	123	000			500473275									P		Fis
11:30		GCHI1...	123	000		Inq.	500502375									P		Di
10:00		GCHI1...	123	000												P		Ul
10:00		GCHI1...	123	000			109006298									P		dis

• Krankenhaussystem (SAP)

T01 (1) (100) Inwt0102 INS

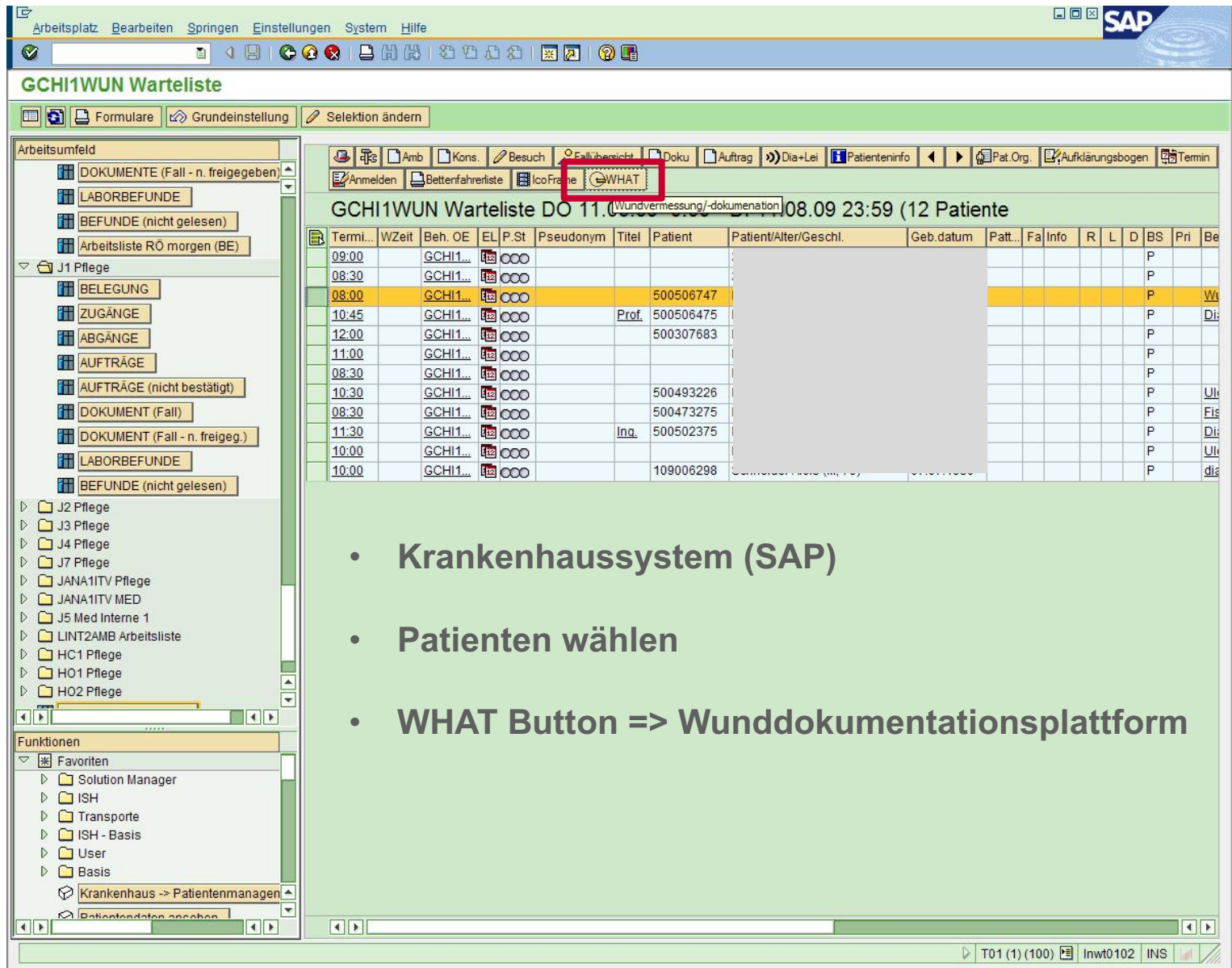
WHAT (SPICS) – Interaktion mit KIS (SAP)

The screenshot displays the SAP GCHI1WUN Warteliste (Waiting List) interface. The top menu bar includes options like 'Arbeitsplatz', 'Bearbeiten', 'Springen', 'Einstellungen', 'System', and 'Hilfe'. The main title is 'GCHI1WUN Warteliste'. Below the title, there are tabs for 'Formulare', 'Grundeinstellung', and 'Selektion ändern'. The left sidebar shows a tree view of medical departments, including 'J1 Pflege', 'J2 Pflege', 'J3 Pflege', 'J4 Pflege', 'J7 Pflege', 'JANA1ITV Pflege', 'JANA1ITV MED', 'J5 Med Interne 1', 'LINT2AMB Arbeitsliste', 'HC1 Pflege', 'HO1 Pflege', and 'HO2 Pflege'. The main table displays patient appointments with columns: 'Termin...', 'WZeit', 'Beh. OE', 'EL', 'P.St', 'Pseudonym', 'Titel', 'Patient', 'Patient/Alter/Geschl.', 'Geb.datum', 'Patt...', 'Fa', 'Info', 'R', 'L', 'D', 'BS', 'Pri', and 'Be'. A red box highlights the row for patient 500506747, scheduled for 08:00. The table title is 'GCHI1WUN Warteliste DO 11.08.2008 08:09 23:59 (12 Patienten)'.

Termin...	WZeit	Beh. OE	EL	P.St	Pseudonym	Titel	Patient	Patient/Alter/Geschl.	Geb.datum	Patt...	Fa	Info	R	L	D	BS	Pri	Be
09:00		GCHI1...	000													P		
08:00		GCHI1...	000				500506747									P		W
10:45		GCHI1...	000		Prof.		500506475									P		Di
12:00		GCHI1...	000				500307683									P		
11:00		GCHI1...	000													P		
08:30		GCHI1...	000													P		
10:30		GCHI1...	000				500493226									P		Ul
08:30		GCHI1...	000				500473275									P		Fis
11:30		GCHI1...	000		Inq.		500502375									P		Di
10:00		GCHI1...	000													P		Ul
10:00		GCHI1...	000				109006298									P		dis

- Krankenhaussystem (SAP)
- Patienten wählen

WHAT (SPICS) – Interaktion mit KIS (SAP)



The screenshot shows the SAP GCHI1WUN Warteliste interface. The top menu bar includes 'Arbeitsplatz', 'Bearbeiten', 'Springen', 'Einstellungen', 'System', and 'Hilfe'. The 'WHAT' button is highlighted in the top menu bar. The main table displays patient data for the waiting list, including columns for 'Termin...', 'WZeit', 'Beh. OE', 'EL', 'P.St', 'Pseudonym', 'Titel', 'Patient', 'Patient/Alter/Geschl.', 'Geb.datum', 'Patt...', 'Fa', 'Info', 'R', 'L', 'D', 'BS', 'Pri', and 'Be'. The table is filtered for 'GCHI1WUN Warteliste DO 11.09.2008 23:59 (12 Patienten)'. The 'WHAT' button is highlighted in the top menu bar.

Termin...	WZeit	Beh. OE	EL	P.St	Pseudonym	Titel	Patient	Patient/Alter/Geschl.	Geb.datum	Patt...	Fa	Info	R	L	D	BS	Pri	Be
09:00		GCHI1...	100	000												P		
08:30		GCHI1...	100	000												P		
08:00		GCHI1...	100	000			500506747									P		W
10:45		GCHI1...	100	000		Prof.	500506475									P		Di
12:00		GCHI1...	100	000			500307683									P		
11:00		GCHI1...	100	000												P		
08:30		GCHI1...	100	000												P		
10:30		GCHI1...	100	000			500493226									P		Ul
08:30		GCHI1...	100	000			500473275									P		Fis
11:30		GCHI1...	100	000		Inq.	500502375									P		Di
10:00		GCHI1...	100	000												P		Ul
10:00		GCHI1...	100	000			109006298									P		dis

- Krankenhaussystem (SAP)
- Patienten wählen
- WHAT Button => Wunddokumentationsplattform

WHAT (SPICS) – Personendaten werden aus SAP gelesen

The screenshot displays the WHAT (SPICS) web application interface. At the top left is the logo, which consists of a circle with three dots and the text "W.H.A.T.". Below the logo is a navigation bar with three tabs: "Meine Dokumentationen", "Mein Profil", and "Über WHAT". The "Mein Profil" tab is currently selected, highlighted in green. On the left side of the page is a vertical sidebar with three buttons: "Allgemeines", "Patienten", and "Formulare". The "Patienten" button is highlighted in dark blue. The main content area is titled "Wunddokumentation - [Durchführung]". Below this title is a section for "Patientendaten" containing the following information: "Patient: Max Mustermann", "Kennnummer: Patient001", and "SV-Nummer: 1983 040486". Below the patient data is a section titled "Übersicht Wunden" with a help icon. This section contains a list of wound types with expandable arrows: "Allgemeine Formulare", "Oberarm", "Testwunde2", "Unterarm", and "Kniegelenk". At the bottom of the page is a section for adding a new wound, labeled "Wunde hinzufügen:", which includes a text input field containing "Neue Wunde" and a blue "Hinzufügen" button.

W.H.A.T.

Meine Dokumentationen Mein Profil Über WHAT

Wunddokumentation - [Durchführung]

Patientendaten

Patient: Max Mustermann

Kennnummer: Patient001

SV-Nummer: 1983 040486

Übersicht Wunden ?

- ▼ Allgemeine Formulare
- ▼ Oberarm
- ▼ Testwunde2
- ▼ Unterarm
- ▼ Kniegelenk

Wunde hinzufügen: Neue Wunde Hinzufügen



Dokumentation für Patienten
mit bipolaren Erkrankungen



Wunddokumentation mit
integriertem Wund-Analyse-
Tool



Patientendokumentation der
Carotis und abdominalen
Aortenaneurysmen




Dokumentation für bipolare Erkrankungen

SPICS SOUL: Patienten - Stammdaten

Formular: Stammdaten - Patient: Patient00040 - Franz Muster (05.02.1950)

Stammdaten

 Pflichtfelder sind mit * markiert und müssen ausgefüllt werden. Alle anderen Felder sind optional.

Geburtsjahr: *	<input type="text" value="1969"/>
Geschlecht: *	<input type="radio"/> Weiblich <input checked="" type="radio"/> Männlich
Körpergröße (cm): *	<input type="text" value="170"/>
Raucher: *	<input type="text" value="Ja"/>
Bildungsgrad:	<input type="text" value="Matura"/>
Familienstand:	<input type="text" value="ledig"/>
Familienanamnese:	<input type="text" value="Bitte Auswählen"/>
Familiendetails:	<input type="text"/>
Zuweiser: *	<input type="text" value="Einrichtung"/>
Erkrankungsbeginn: *	<input type="text" value="28.08.2008"/>
Anzahl Krankenhausaufenthalte bisher: *	<input type="text" value="1"/>
Somatische Diagnose: *	<input type="text" value="Bitte Auswählen"/>
Art der Episoden bei Beginn: *	<input type="text" value="Angst"/>
Anzahl Episoden bisher: *	<input type="text" value="0"/>
Anzahl Depressionen bisher:	<input type="text"/>
Anzahl Manisch bisher:	<input type="text"/>
Anzahl Andere:	<input type="text"/>
Anzahl Suicidversuche:	<input type="text"/>
Verlaufdiagnose: 	<input type="text"/>


Geburtsjahr ist erlaubt.


Geburtsdatum wäre zu genau – und ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt.


SPICS Soul: Patienten – Medikation

Formular: Medikation - Patient: Patient00040 - Franz Muster (05.02.1950)

Medikation


 Pflichtfelder sind mit * markiert und müssen ausgefüllt werden. Alle anderen Felder sind optional.

Beginndatum: * 

Enddatum: 

Wirkstoff: *

AND 

Clonazepam - Rivotril - mg 

Dosierung: *

Regelmäßig: *

☒ Ja


☐ Nein

Einnahme:

Medikationsänderung: *

umgestellt 

Änderungsgrund:

Unwirksamkeit 

Bemerkung:

 Speichern

 Abbrechen

Episode - Ordnungssysteme (ICD10)

Max Mustermann → Formular: Episode

Episode

! Pflichtfelder sind mit * markiert und sollten ausgefüllt werden. Alle anderen Felder sind optional.

Untersuchungsart*: Ambulante Untersuchung

Art
Episode - F31.1 MAN ohne psychot. Sym
Bitte auswählen
Episode - F25. schizoauffektiv
Episode - F31.0 HMA
Episode - F31.1 MAN ohne psychot. Sym
Episode - F31.2 MAN mit psychot. Sym
Episode - F31.3 DEP mittelgradig
Episode - F31.4 DEP ohne psychot. Sym
Episode - F31.5 DEP mit psychot. Sym
Episode - F31.6 gemischte Episode
Episode - F31.8 RapidCycling
F33 Rezidivierende Depression
Intervall - Symptomfrei
Intervall - SDE
Intervall - HMA
Intervall - Kognitive Beeinträchtigung
Sonstiges

Beginndatum

Ende der Episode Datum

Schweregrad

Krankenstand

Arbeitsstatus

dzt. arbeitslos

Life Events*

- ☐ Neuer/Wechsel Arbeitsplatz
- ☐ Verlust des Arbeitsplatzes
- ☒ Prüfung
- ☐ Verlust oder Wechsel der Wohnung
- ☐ Ende einer persönlichen Beziehung
- ☐ Neue Beziehung
- ☐ Tod einer nahe stehenden Person
- ☐ Heirat (selbst oder nahe stehenden Person)

Advanced Search]

ICD-10

Versions - Languages

Info

F31 Bipolar affective disorder

A disorder characterized by two or more episodes in which the patient's mood and activity levels are significantly disturbed, this disturbance consisting on some occasions of an elevation of mood and increased energy and activity (hypomania or mania) and on others of a lowering of mood and decreased energy and activity (depression). Repeated episodes of hypomania or mania only are classified as bipolar.

Incl.: manic-depressive:

- illness
- psychosis
- reaction

Excl.: bipolar disorder, single manic episode ([F30.-](#))
cyclothymia ([F34.0](#))

F31.0 Bipolar affective disorder, current episode hypomanic

The patient is currently hypomanic, and has had at least one other affective episode (hypomanic, manic, depressive, or mixed) in the past.

F31.1 Bipolar affective disorder, current episode manic without psychotic symptoms

The patient is currently manic, without psychotic symptoms (as in F30.1), and has had at least one other affective episode (hypomanic, manic, depressive, or mixed) in the past.

F31.2 Bipolar affective disorder, current episode manic with psychotic symptoms

The patient is currently manic, with psychotic symptoms (as in F30.2), and has had at least one other affective episode (hypomanic, manic, depressive,

YMRS - The Young Mania Rating Scale

YMRS-C

DE Deutsch (Österreich)

Pflichtfelder sind mit * markiert und sollten ausgefüllt werden. Alle anderen Felder sind optional.

YMRS-C ausgefüllt*: ☐ Nein ☒ Ja

Datum YMRS-C:

YMRS-C Gesamt Score:

Gehobene Stimmung:

Gesteigerte motorische Aktivität:

Sexuelles Interesse:

Schlaf:

Reizbarkeit:

Sprechweise:

Sprach-/Denkstörung:

Inhalte:

Expansiv-aggressives Verhalten:

Äußere Erscheinung:

Einsicht:

R Young, et al. *A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity.* 133: Br J Psychiatry 429-435. 1978.

Fertig

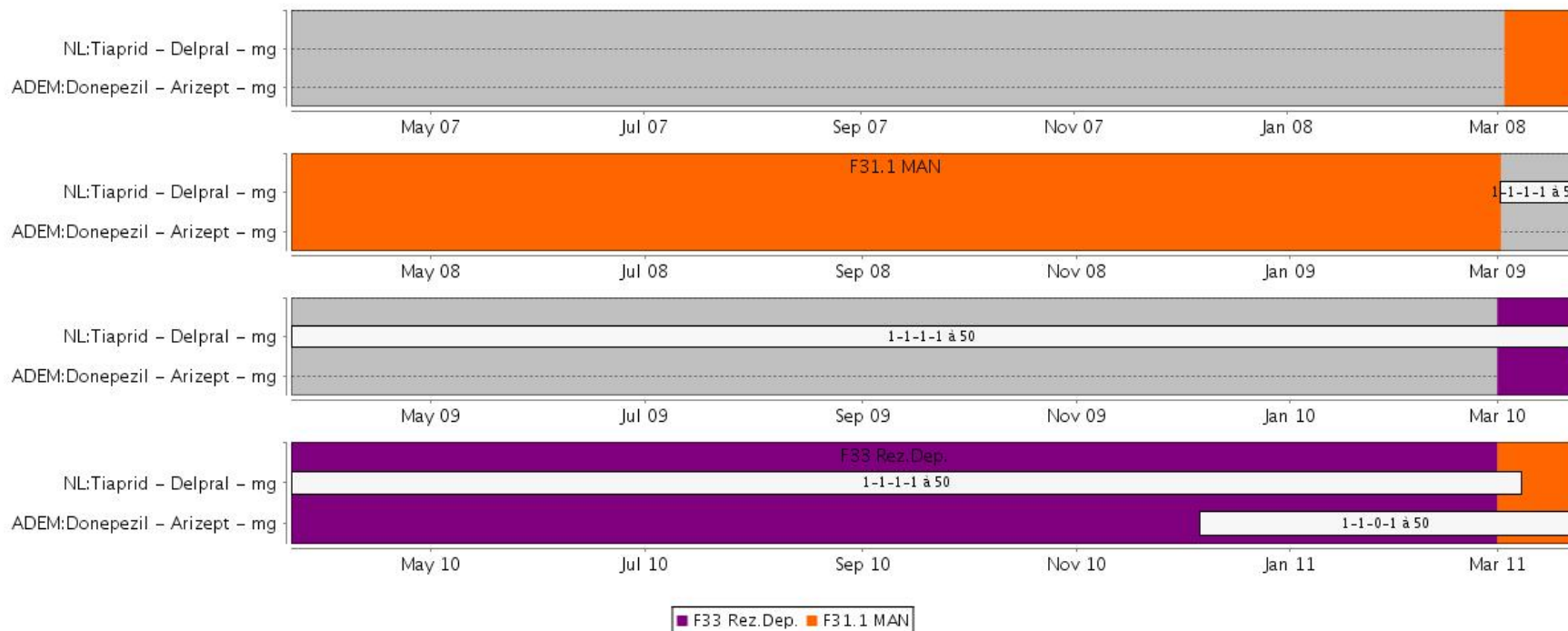
Internet | Geschützter Modus: Inaktiv

100%

SOUL Chart

DE Deutsch (Österreich) ?

Patient: Test00008, männlich, geb. 1976



Beginndatum: 22.03.2011

Intervall (in Monaten): -12

Größe: groß

Neu zeichnen Alles anzeigen Drucken

Zurück, Max Mustermann



- **Wunddokumentation**
- **Integriertes Wundanalyse-Tool**

YouTube: Wound Measurement

<http://www.youtube.com/watch?v=ZWMaR-jheGY>



[2]

WHAT – Dokumentation wird in PDF festgehalten

Wunddokumentation

Datum: 04.12.2009
Patient: Joe Doe
Nummer: 1234567890
Geburtsdatum: 04.12.2009
Geschlecht: männlich



Wundart und Lage:

Körperregionen: Außenknöchel li
Lokalisationsbeschr.:
Ulcus cruris venosum: Stadium 2

Wundzustand:

Grund-Tektonik:
Granulation-Farbe:
Granulation-Beläge:
Exsudation-Geruch:
Exsudation-Farbe:

Wundgrößenangaben:

Umfang: 6.00 mm
Fläche: 12.00 mm²
max. Länge: 3.00 mm
max. Höhe: 3.00 mm
Tiefe: 15.00 mm

	rel. in %	abs. in mm ²
Beläge:	40.00	5.00
Granulation:	40.00	5.00
Nekrose:	20.00	2.00



Therapiekonzept:

Das Wund PDF ist für den Kunden sehr wichtig

- **PDF-Ausdruck für Patienten**
 - Therapiekonzept mit nach Hause
 - Vorlage beim Hausarzt
- **Leistungsnachweis gegenüber Gebietskrankenkasse**
- **PDF wird archiviert im KIS (SAP)**
 - Andere Spitalsinterne Ärzte und DGKS haben Zugriff auf die PDFs im SAP
 - Verbesserungen / Verschlechterungen der Wunden über der Zeit werden festgehalten



Dokumentation für Gefäßchirurgie

- Infrarenales Bauchaortenaneurysma
- Interventionen an der extracraniellen Carotis

Dokumentationsbeispiel

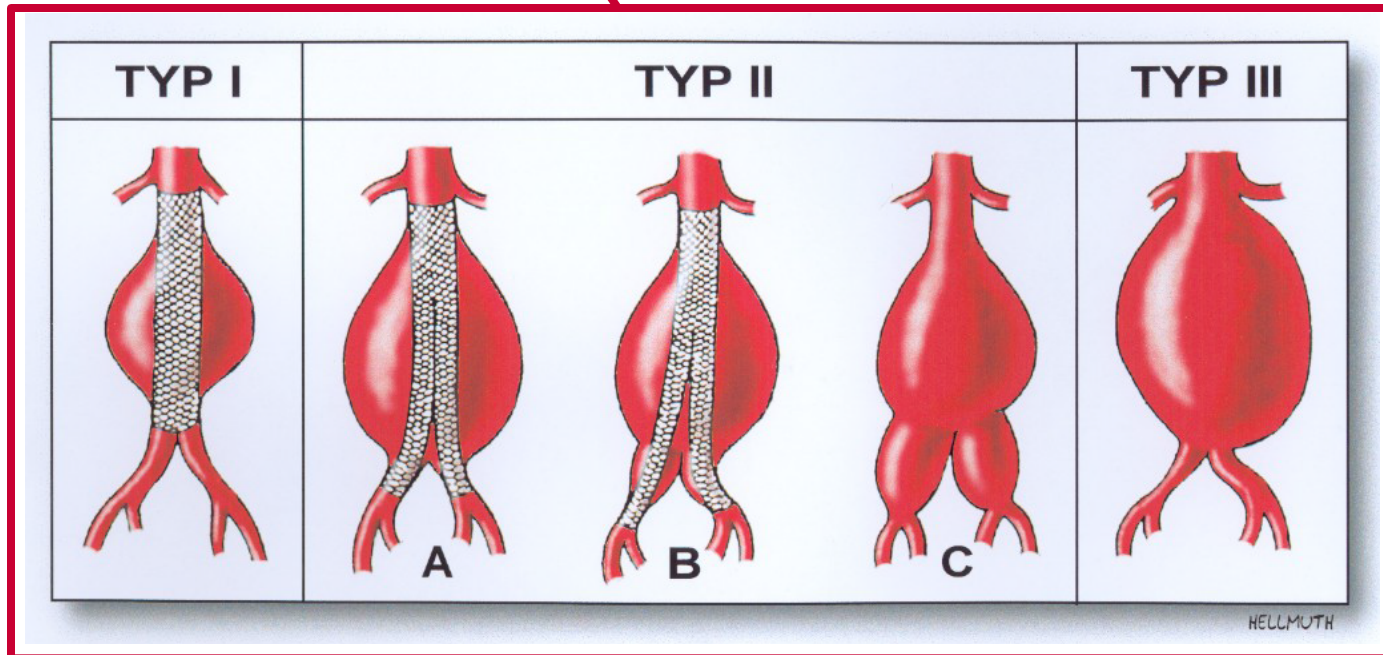
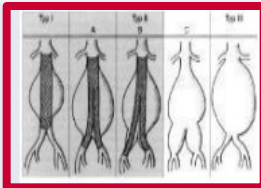
Präsentation zum Zeitpunkt der Operation

Aneurysma Symptomatik: symptomatisch

Angulation des Aneurysmahalses: Ja

Aneurysmatyp nach Allenberg: Typ II A

A. iliaca comm. links: Klinking



Jährliche grafische Auswertung (PDF, Excel) der Spitalsdaten im Vergleich zur Gesamtzahl der Kliniken

Statistiken ?

Operationsjahr einschränken:

Organisation einschränken:

Aktualisieren

Daten aller Organisationen

Aneurysmasymptomatik			
Symptomatik	Mortalität	Summe	
asymptomatisch	941	72,78	
symptomatisch	167	12,92	
Ruptur ohne Schock	65	20	85
Ruptur mit Schock	58	41	99
k.A.	1	0	1

Daten der Organisation XXXXXXXXXX

Aneurysmasymptomatik - Gesamt mortalität			
Symptomatik	Mortalität gesamt		Summe
	0	1	
asymptomatisch	0	0	0
symptomatisch	1	0	1
Ruptur ohne Schock	0	0	0
Ruptur mit Schock	0	0	0
k.A.	0	0	0

Datenexport

7 25122

Algemeines Partner Patienten Formulare Export Statistiken

Dokumentationen → Export (Infrarenales Bauchaortenaneurysma)

Datenexport

Daten: Patienten aller Organisationen

Patientennamen: ☒ Anonymisiert

Dateiformat: ☒ als csv (Standard)
☐ als zip (Archiv mit mehreren csv Dateien)

Spaltennamen: SPSS

[Erweitert >>](#)

Daten exportieren

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
Patient	Organisation	Angelegt am	Modifiziert am	Alter	Geschlecht	praeoperativ	praeoperativ	praeoperativ	praeoperativ	praeoperativ	Aneurysma S	Angulation d	Aneurysma t	A.iliacacom
441234948	SPICS Admin	02.03.2011 15:57	02.03.2011 15:57	35	1	true	false	false	false	false	2	true	2	4



- Entstanden in Zusammenarbeit mit Ärzten
- Sichere Speicherung der Daten
- Standardisierte Dokumentation
- Etabliert in 3 medizinischen Sektoren
- Automatisiert statistische Analysen
- Kein Ersatz ärztlicher Entscheidungen, sondern unterstützender Faktor

- 1 Konventionelle Akten
- 2 Bedeutung & Grundprinzipien der medizinischen Dokumentation
- 3 Behandlungsprozess und medizinischen Dokumentation
- 4 Organisation von Behandlungsprozessen
- 5 Praktisches Beispiel
- 6 Zusammenfassung**

- **Krankenakte dient Dokumentation (Wann, mit Wem, Warum, welche Handlung von wem mit welchem Ergebnis und welche Schlussfolgerungen)**
- **Krankenakte = geschuldete Leistung**
- **Krankenakten haben hohe forensische Bedeutung**
- **Dokumentation erfolgt meist mit Formularen**
- **Fortschreibbare Karteikarte (kleine Organisation) – Haupt und Nebenakten (große Organisation)**
- **Fallakten, Fachabteilungs- und Patientenakten sowie als Nebenakten verschiedene spezifische Akten**
- **Aktenführung ist aufwändig**
- **Welche Akten sind zu führen (Aktenplan)**
- **Ordnungskriterien festlegen**

- **Gesundheitsversorgung multi- und interdisziplinär**
- **Im primären Verwendungszusammenhang dient medizinische Dokumentation**
 - Gedächtnisstütze
 - Vorbereitung/Unterstützung/Begründung von Entscheidungen
 - Durchführung und Überwachung der Behandlung
 - Berichterstattung an andere Institutionen und zur Patientenaufklärung
- **Sekundärer Verwendungszusammenhang:**
 - Erfüllung gesetzlich geforderter Nachweispflichten, Abrechnung, Berichterstattung, Qualitätsmanagement, Kostenrechnung
- **Tertiärer Verwendungszweck**
 - Medizinische Forschung
- **Primärdokumentation in elektronischen Krankenakten so gestalten, dass alle Informationen für nachgeordnete Verwendungszwecke abgeleitet werden können**
- **Verschiedene Berufsgruppen -> verschiedene Sichten auf Krankenakte**

▪ **Medizinische Dokumentation besteht aus verschiedenen Teildokumentationen**

- Basisdokumentation
- Verlaufsdokumentation
- Befunddokumentation
- Operationsdokumentation
- Pflegedokumentation
- Spezialdokumentationen

▪ **Standardisierung einer Dokumentation**

- Beobachterunabhängigkeit
- Auswertbarkeit
- Vollständigkeit
- Qualität

- **Standardisierungsgrad = Strukturierungsgrad und Formalisierung**
- **Festlegung der Standardisierung beim Design von elektronischen Krankenakten wichtig**
- **Betrachtung aller nachgeordneten Verwendungszwecke für Standardisierung wichtig**
- **Medizinisches Handeln, Behandlungsprozess und medizinische Dokumentation stehen in engem Zusammenhang**
- **Bahandlungsprozess = zeitliche Abfolge von Maßnahmen**
- **Summer der Maßnahmen = Handlungsraum (Grundlage: Vokabular, Nomenklatur, Thesaurus)**
- **Problemorientierter Ansatz nach Weed (SOAP)**
- **Behandlungsziele und Pläne**

- **Grundstruktur Prozess- Ergebnisdokumentation: 7 Ws (Wer, Wann, Was, Warum, Welches Ergebnis, mit Wem, durch Wessen Veranlassung)**
- **Medizinische Dokumentation besteht aus:**
 - Behandlungsprozessdokumentation
 - Ergebnisdokumentation
 - Diagnosedokumentation
 - Problemdokumentation
 - Behandlungszieldokumentation
 - Behandlungsplanungsdokumentation
 - (Klinische Verlaufsnotizen)
- **Symptome, Diagnosen, Ziele/Handlungspläne, Probleme, Maßnahmen**

- **Behandlungsprozesse zwischen verschiedenen Personen**
- **Beauftragung von Leistung mit Formularen**
 - Auftragskopf
 - Anforderungen
 - Ergebnisse
 - Abrechnung
- **Leistungskommunikation: Teilprozess von der Auftragserfassung bis zur Ergebnismeldung**

Fragen?

Allgemeine Literatur: "Medizinische Informationssysteme und Elektronische Krankenakten" von Peter Haas, ISBN: 978-3-540-20425-1.

[1] http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Chirurgie/Gefaesschirurgie/PDF/Misc/Patienteninformationsbroschu_re_BA_A.pdf

[2] WHO. ICD-10 Version:2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

Bilder:

[3] <http://us.cdn3.123rf.com/168nwm/wuk/wuk1009/wuk100900009.jpg>

[4] <http://us.123rf.com/400wm/400/400/dbajurin/dbajurin0703/dbajurin070300012/823796-blood-arterien-und-venen.jpg>

[5] <http://photos3.fotosearch.com/bthumb/CSP/CSP277/k2777873.jpg>

[6] <http://www.everystockphoto.com/photo.php?imageId=266442>