

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernisse	Aufgabe / Anforderung	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
<b>1</b>	<b>Aufnahme eines Patienten</b>		<b>17 min</b>
1.1	Ausgangssituation: Das System ist hochgefahren, es ist kein Anwender angemeldet. Eine Pflegekraft tritt an den PC und möchte die Daten des Patienten einsehen.	Die Pflegekraft muss sich an dem System anmelden und die Akte eines vorgegebenen <sup>1</sup> Patienten öffnen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgen Authentifikation und Autorisierung am System?</li> </ul>
1.2	Die Pflegekraft möchte einen Patienten, der aktuell aus der Notaufnahme kommt, auf die Station aufnehmen.	Es wird vorgegeben, welcher Patient (A) aus der Notaufnahme auf die Stationsliste gelegt werden soll.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stellen Sie dar, wie Patienten aus der Notaufnahme auf die PDMS-Stationsliste der Intensivstation verlegt werden können.</li> <li>Falls dies über eine Kopplung an das KIS erfolgt, erläutern Sie den Prozess und bereiten Sie das System ggf. so vor, dass die Verlegung aus dem KIS bereits erfolgt ist.</li> </ul>
1.3	Die Pflegekraft öffnet die Patientenakte, um die Informationen aus der Notaufnahme einzusehen.	Der aufgenommene Patient ist zu öffnen. Welche Informationen kann die Pflegekraft bereits aus der Notaufnahme einsehen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeigen Sie, wie der Patient in dem PDMS geöffnet wird.</li> <li>Wie können die Daten eingesehen werden?</li> </ul>
1.4	Der Stationsarzt (Assistenzarzt) tritt an den Rechner.	Der Arzt muss sich an dem System anmelden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt der Benutzerwechsel am System?</li> <li>Wie lange dauert dies?</li> <li>Muss der Patient an der Arbeitsstation erneut aufgerufen werden?</li> </ul>
1.5	Der Stationsarzt beginnt mit der Aufnahmedokumentation des Patienten	Wie Arzt nimmt den Patienten auf. Dabei dokumentiert er: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eine vorgegebene Anamnese</li> <li>Vorgegebene Informationen für den Kerndatensatz Intensivmedizin 2.0</li> <li>Vorgegebene Informationen für die Erfassung von Scores?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt eine strukturierte Erfassung der Parameter?</li> <li>Wie sieht der Arzt, welche Dokumentation noch fehlt?</li> <li>Wie kann er zwischen den einzelnen Dialogen wechseln?</li> </ul>

<sup>1</sup> Vorgegebene Patienten oder Informationen bedeutet, dass Sie die konkreten Vorgaben, welche Patient oder welche Information zu dokumentieren sind, unmittelbar vor der Präsentation als Los erhalten.

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

1.6	Der Stationsarzt führt die körperliche Untersuchung durch und dokumentiert diese	Dokumentation der körperlichen Untersuchung mit vorgegebenen Befunden. Diese umfasst: Herzkreislaufsystem, Lunge und Abdomen. Der Untersuchungsbefund ist strukturiert und inhaltlich zugeordnet abzubilden, nicht wörtlich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die strukturierte Dokumentation eines Untersuchungsbefundes.</li> </ul>
1.7	Während der Dokumentation des Untersuchungsbefundes wird der Arzt durch eine Pflegekraft auf die Situation eines anderen Patienten angesprochen.	Der Anwender wechselt zu einem anderen, vorgegebenen Patienten (B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt der Wechsel zwischen Patienten?</li> </ul>
1.8	Der Arzt verschafft sich einen Überblick und führt eine Maßnahme und eine Arzneimittelverordnung durch.	Dokumentation einer Maßnahme (ZVK-Anlage, Intubation, Extubation oder Defibrillation, Reanimation, Bronchoskopie, Thoraxdrainage) und Durchführen einer Arzneimittelverordnung: (Ansetzen eines neuen Arzneimittels und Änderung der Dosierung bei einem anderen Arzneimittel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturierte Maßnahmen Erfassung</li> <li>Wie wird eine Arzneimittelverordnung ausgeführt?</li> <li>Welche Unterstützungsfunktionen gibt es (nur auf den vorgegebenen Fall beziehen)</li> </ul>
1.9	Der Stationsarzt will die Aufnahme des ersten Patienten fortsetzen.	Erneuter Patientenwechsel auf Patient (A) und fortsetzen der Dokumentation aus 1.6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt der Wechsel?</li> <li>Wie viele Arbeitsschritte sind erforderlich, um die Dokumentation des Untersuchungsbefundes fortzusetzen?</li> </ul>
1.10	Der Stationsarzt beginnt mit der Therapieverordnung.	Der Stationsarzt wählt aus den in der Anlage vorgegebenen Therapieschemata eins aus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können Therapieschemata ausgewählt werden.</li> <li>Wie können die Verordnungen in dem Therapieschema durch den Arzt bestätigt werden?</li> </ul>
1.11	Eine Verordnung in dem Therapieschema passt nicht zu dem Patienten.	Der Stationsarzt muss die Verordnung ändern können.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kann eine Änderung der Verordnung erfolgen?</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

2	Wiederaufnahme eines Patienten von Normalstation		12 min
2.1	Ein Intensivpatient wurde vor einer Woche auf Normalstation entlassen. Dort kam es nun zu einer akuten Verschlechterung des Patienten, so dass er nun wieder auf die Intensivstation aufgenommen werden muss.	Nehmen Sie einen vorgegebenen Patienten (C) auf Station auf.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die Aufnahme von Patienten, die bereits auf der Intensivstation lagen.</li> <li>Besteht eine Verbindung zwischen der alten und der neuen Behandlungsperiode?</li> </ul>
2.2	Der Arzt verschafft sich einen Überblick über den vorherigen Verlauf auf der Intensivstation.	Es sollen folgende Fragen beantwortet werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnosen und Anamnese des Patienten beim vorherigen Aufenthalt?</li> <li>Letzter körperlicher Untersuchungsbefund?</li> <li>Verlauf der Arzneimitteltherapie, insb. der Antibiotikatherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können die alten Daten eingesehen werden?</li> <li>Wie erfolgt die Zeitliche Navigation und Darstellung von Daten?</li> </ul>
2.3	Der Arzt dokumentiert den Aufnahmezustand	Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> <li>Biometrischen Daten (Größe, Gewicht, BMI, Körperoberfläche)</li> <li>Anamnese</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Werden abhängige Daten (BMI, KÖF) automatisch berechnet?</li> <li>Können Altdaten übernommen werden?</li> </ul>
2.4	Der Arzt möchte das aktuelle Gewicht im Verlauf beurteilen	Darstellung des aktuellen Gewichtes und des vorangegangenen Gewichtes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Können Altdaten und neue Daten gemeinsam dargestellt werden?</li> <li>Wie können Verläufe von numerischen Parametern dargestellt werden?<sup>2</sup></li> </ul>
2.5	Der Arzt muss den Therapieplan für den Patienten erstellen	Der Arzt übernimmt den alten Therapieplan und führt kleinere Änderungen in der Medikation durch. (Absetzen, anordnen, Dosisänderung von jeweils einem Arzneimittel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kann der alte Therapieplan übernommen werden.</li> <li>Änderungen an der Arzneimitteltherapie</li> </ul>
2.6	Die Pflegekraft führt die Pflegedokumentation durch	Nutzerwechsel	

<sup>2</sup> Falls das System nicht die Daten des alten Aufenthaltes aufführen kann, bitte zwei oder drei Gewichte eingeben.

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

<b>2.7</b>	Die Pflegekraft sieht zunächst den Medikationsplan ein und dokumentiert die aktuelle Medikation als gegeben.	Die Software muss die verordnete Medikation anzeigen. Die vorgegebene Medikation ist als gegeben zu kennzeichnen. Ein weiteres vorgegebenes Medikament ist als nicht oder nur in der halben Dosis gegeben. Dies ist mit Begründung zu dokumentieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie stellt die Software den Medikationsplan für den Tag dar?</li> <li>Wie erfolgt die Dokumentation, das ein Medikament gegeben wurde, wie können weitere Kommentare eingegeben werden?</li> </ul>
<b>2.8</b>	Die Pflegekraft möchte nachvollziehen, wer das Medikament wann, wie angeordnet hat und wer es verändert, bzw. gegeben hat.	Darstellung der Historie der Arzneimittelverordnung und –Gabe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kann danach nachvollzogen werden, wer das Medikament wann und wie angeordnet, gegeben und kommentiert hat?</li> </ul>
<b>2.9</b>	Die Pflegekraft führt eine Dekubitus Dokumentation durch.		
<b>2.9.1</b>	Die Pflegekraft führt ein Risikoassessment mit der Norton Skala durch	Erfassen vorgegebener Parameter für die Norton Skala	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die Erfassung und Berechnung der Nortonskala</li> <li>Werden anhand des Ergebnisses der Vorschläge für die Pflegeplanung abgeleitet?</li> </ul>
<b>2.9.2</b>	Erfassen eines Dekubitusbefundes	Erfassen Sie einen Dekubitusbefund mit vorgegebenem Schweregrad an einer vorgegebenen Lokalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die strukturierte Erfassung?</li> <li>Welche Eingabehilfen stehen zur Verfügung?</li> </ul>
<b>2.9.3</b>	Es soll eine Bilddokumentation erfolgen.	Einbinden eines Bildes von einer Digitalkamera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können Bilder eingebunden werden</li> </ul>
<b>2.9.4</b>	Die Pflegekraft möchte den Verlauf beurteilen.	Stellen Sie die Möglichkeiten des PDMS zur Verlaufsbeurteilung dar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Darstellungsmöglichkeiten für Verläufe bestehen?</li> <li>Wie können diese aufgerufen werden?</li> </ul>
<b>2.9.5</b>	Pflegeplanung	Die Pflegekraft dokumentiert Ihre Bewertung und führt eine Anordnung / Dokumentation von Maßnahmen wie Spezialmatratzen, Lagerung, Wundversorgung, etc. durch.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die Pflegeplanung zur Dekubitusprophylaxe / Behandlung:</li> <li>Dokumentation von Spezialmatratzen, Spezialbetten, Lagerung, Wundversorgung, etc</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

<b>2.10</b>	Die Pflegekraft bereitet die Medikamente für den Patienten vor	Die Pflegekraft ruft den Medikationsplan auf.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Wie erkennt der Anwender, welche Medikamente zu geben sind?</li><li>• Wie erkennt der Anwender, wer welche Verordnung getroffen hat und ob und wie diese verändert wurden?</li></ul>
-------------	----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

3	DRG / Reporting		6 min
3.1	Der Arzt ist an dem Arbeitsplatz angemeldet und möchte die (abrechnungs-) relevante Dokumentation bei den einzelnen Patienten auf Vollständigkeit und Korrektheit überprüfen und ggf. Bearbeiten	Der Stationsarzt kommt seiner Aufgabe als DRG-Beauftragter nach und prüft Dokumentation und Codierung bei den Patienten. Dies geschieht bei den drei Patienten (A, B, C aus den Szenarioabschnitten 1 und 2) anhand der während der CDC durchgeführten Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie erkennt der Anwender, ob bei den Patienten auf Station die (Abrechnungs-) relevante Dokument erfolgt ist:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sind alle aus der Dokumentation hervorgehenden ICD-Codes codiert?</li> <li>○ Sind alle aus der Dokumentation hervorgehenden OPS-Codes codiert?</li> <li>○ Ist die tägliche Scoreerfassung (TISS/SAPS) erfolgt?</li> </ul> </li> </ul>
3.2	Der Anwender kontrolliert bei Patient C, ob sich Diagnosen aus der (Pflege-) Dokumentation ergeben.	Unter 2.9 wurde ein Dekubitus dokumentiert. Dies soll nun in einen ICD-Code überführt werden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der Anwender bei der Codierung des Dekubitus unterstützt?</li> <li>• Welche Validierungsschritte (Qualitätssicherung der Kodierung) bestehen?</li> </ul>
3.3	Der Anwender prüft bei Patient C auf die Gabe von zusatzentgeltfähigen Arzneimitteln und Blutprodukten.	Zeigen Sie die Darstellung der Gaben zusatzentgeltfähigen Arzneimitteln und Blutprodukten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie können zusatzentgeltfähige Arzneimittel und Blutprodukte dargestellt werden?</li> <li>• Wird der Voraufenthalt auf der Intensivstation berücksichtigt?</li> <li>• Wird der richtige OPS-Code vorgeschlagen?</li> </ul>
3.4	Der Anwender entlässt Patient B und führt eine Endkontrolle durch.	Der Anwender soll durch das System bei der Plausibilitäts- und Vollständigkeitskontrolle der Intensivdokumentation unterstützt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Möglichkeiten bestehen zur Kontrolle, bevor der Patient entlassen wird?</li> </ul>
3.4.1	Der Anwender prüft das Scoring von Patient B.	Der Anwender kontrolliert das Scoring und fügt das Scoring für den letzten Tag ein.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird die Vollständigkeit erkannt?</li> <li>• Wie werden TISS-10 und SAPS II berechnet?</li> <li>• Besteht eine Validierungsmöglichkeit?</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2011

3.4.2	Der Anwender muss die Beatmungszeit von Patient B berechnen.	Das System soll den Anwender bei der Ermittlung der korrekten Beatmungszeit entsprechend der DKR unterstützen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie unterscheidet das System invasive und nichtinvasive Beatmung</li> <li>• Wie entscheidet das System über Weaningphasen?</li> <li>• Wie wird die Gesamtzeit ermittelt?</li> <li>• Wie wird die Gesamtbeatmungszeit bei mehreren Intensivaufenthalten ermittelt und übermittelt (erläutern)</li> </ul>
3.4.3	Der Anwender prüft auf die vollständige Kodierung der dokumentierten Maßnahmen.	Das System soll den Anwender bei der Kodierung der unter 1.8 getroffenen Maßnahmen unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der Anwender bei der Codierung unterstützt?</li> <li>• Welche Validierungsschritte (Qualitätssicherung der Kodierung) bestehen?</li> </ul>
3.4.4	Der Anwender prüft auf die vollständige Kodierung der Diagnosen gemäß der klinischen Dokumentation	Das System soll den Anwender bei der unter Kodierung der unter 1.8 festgestellten Diagnosen unterstützen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der Anwender bei der Codierung unterstützt?</li> <li>• Welche Validierungsschritte (Qualitätssicherung der Kodierung) bestehen?</li> </ul>