

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

Aufgabe Nr.	Kontext / Erfordernis	Anforderung / Aufgabe	Beispiel (in der CDC werden die <b>ROT</b> markierten Werte durch andere ersetzt)	Ziele (Welche Fähigkeiten Ihres Systems sollen herausgestellt werden)
<b>1</b>	<b>Einlieferung eines Patienten durch den Rettungsdienst</b>			<b>12 min</b>
<b>1</b>	Ausgangssituation: Das System ist hochgefahren, es ist kein Anwender angemeldet.			
<b>1.1</b>	Die Leitstelle meldet einen Traumatpatienten an (Schockraumalarm). Es wird bereits der Name des Patienten <b>Dölerich Hirnfiedler</b> mit dem Hinweis übermittelt, dass dieser regelmäßig Anfang Dezember stationär aufgenommen wird. Der Arzt will die Daten aus den vergangenen Jahre einsehen und schon einmal einen neuen Fall anlegen, damit beim Eintreffen des Patienten keine Zeit bei der Dokumentation verloren geht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anmeldung am System in der Rolle Arzt oder Administrationskraft</li> <li></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erläutern Sie das von Ihnen für den Schockraum empfohlene Rechte- / Rollenkonzept: Wie wird von wem zu welchen Zeitpunkt dokumentiert?</li> <li>Wie erfolgt die Anmeldung am System?</li> <li>Welche technische Unterstützung bieten Sie zur Authentisierung an?</li> </ul>
<b>1.2</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Anlage eines neuen Falls zu dem bekannten Patienten um beim Eintreffen des Patienten Zeit zu sparen.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kann der Patient vor dem Eintreffen aufgenommen werden?</li> </ul>
<b>1.3</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Arzt will Daten aus Voraufenthalten von Herrn <b>Dölerich Hirnfiedler</b> im IT-System ansehen</li> <li>Dabei sucht der Arzt nach speziellen Daten (Vorerkrankungen, ASA-Klassifikation, Cormack-Lehane, Allergien)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können alte Daten eingesehen werden?</li> <li>Kann man nach speziellen Daten / Begriffen suchen?</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

1.4	Der Patient trifft mit dem Rettungswagen ein. Er ist mit einem Larynx-tubus intubiert und beatmet. Er wird in den Schockraum 1 gefahren, die Rettungsassistenten übergeben einen Ausweis mit seinen Personalien..	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Eintreffen des Patienten ist zu dokumentieren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufzunehmen ist der Patient <b>Dölerich Hirnfiedler</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die Aufnahme im Notfall<sup>1</sup>, bzw. die Bestätigung des vorher angelegten vorläufigen Falles.</li> <li>Wie können Aufnahmen „vorgemerkt“ / „geplant“ werden?</li> <li>Wie werden die Stammdaten des Patienten erfasst / korrigiert?</li> <li>Erläutern: Wie erfolgt die Abstimmung mit dem KIS?</li> </ul>
1.5		<ul style="list-style-type: none"> <li>Zur korrekten DRG-Berechnung ist zu erfassen, dass der Patient seit dem Zeitpunkt der Aufnahme beatmet ist.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation des Beatmungsstatus bei Aufnahme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>
1.6	Der Patient führt einen Medikationsplan mit. Während ein Kollege die Vitalzeichen prüft, erfasst ein zweiter Mitarbeiter die Arzneimittelanamnese durch den Medikationsplan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ein Anwender erfasst die Arzneimittelanamnese aus dem Medikationsplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erfassen Sie den Medikationsplan (Es werden drei in Deutschland zugelassene Arzneimittel zu erfassen sein)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird die Arzneimittelanamnese erfasst?</li> <li>Kann der Medikationsplan gescannt werden?</li> </ul>
1.7	Der Arzt möchte den Patienten um-intubieren und schaut vorher noch einmal auf die Dokumentation der bisherigen Intubationen (Anästhesieprotokolle)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auflistung alter Befunde / früherer Behandlungen</li> <li>Effektives Finden eines Narkoseprotokolls</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Patient hat im Vorbefund: C&amp;L 4, mit Video-Laryngoskop gut intubierbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie werden die Befunde zur Intubation dargestellt? Gibt es Warnhinweise (des Kollegen von damals)?</li> </ul>

<sup>1</sup>Wenn die Aufnahme über ein anderes System erfolgt ist eine Darstellung auf einer Folie ist erlaubt, allerdings aufgrund der Unterbrechung des Präsentationsflusses nicht zu empfehlen.

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

1.8	Der Anästhesist lässt das Videolaryngoskop holen, vertieft die Narkose und führt die Umintubation durch.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der Medikation (Opiat, Sedativum über Spritzenpumpe), Muskelrelaxans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einleitung mit <b>Fentanyl, Disoprivan 2% (über Spritzenpumpe), Succinylcholin</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Darstellung der adhoc Medikation im Schockraum</li> </ul>
1.9		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation des Atemwegs (Intubation, Tubus, Beatmungsparameter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orale Intubation mit <b>Magill-Tubus 8.0, Videolaryngoskop</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Darstellung wie die Intubation erfasst wird. Wie erfolgt die Dokumentation der Videolaryngoskopie?</li> </ul>
1.10	Der Allgemein-Chirurg führt ein FAST-Ultraschall durch, um Blutungen im Bauchraum auszuschließen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation des FAST-Befundes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Es gibt Anzeichen auf freie Flüssigkeit im Becken.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird der FAST-Befund erfasst?</li> <li>Gibt es eine strukturierte Erfassung?</li> <li>Wie erfolgt die Darstellung?</li> </ul>
1.11	Der diensthabende Unfallchirurg untersucht die Extremitäten und stellt multiple Frakturen fest. Daraufhin wird vor Ort ein CT (Traumaspirale) durchgeführt, bei dem die Frakturen bestätigt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der körperlichen Untersuchung</li> <li>Dokumentation des Radiologie-Befundes (CT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Instabile Beckenringfraktur, Femurschaftfraktur, Rippenserienfraktur links und Mehrfachfraktur von Radius und Ulna links</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie werden Befunde erhoben und dargestellt?</li> <li>Gibt es eine strukturierte Erfassung?</li> <li>Wie erfolgt die Darstellung?</li> </ul>
1.12	Zur Vorbereitung der Operation auf eine Operation mit hohem geschätztem Blutverlust, Blutproben zur Blutgruppen-Antikörper-Analyse und Gerinnungsdiagnostik entnommen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anforderung von Blutkonserven, Labordiagnostik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der Anforderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird die Anforderung dokumentiert, damit der Anästhesist im OP informiert ist?</li> </ul>
1.13	Es wird die Entscheidung getroffen, den Patienten sofort Operativ zu versorgen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erstellung eines Abschlussberichts aus dem Schockraum und Übergabe an Anästhesie im OP</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt der „Abschluss“ der Schockraumdokumentation?</li> <li>Wie erfolgt die Übergabe der Informationen an Anästhesie / weiterbehandelnde Stationen?</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

2	Operative Versorgung des Patienten im OP			10 min
2	In diesem Abschnitt erfolgt die perioperative Dokumentation. Aufgrund der engen Zeitvorgabe während der CDC konzentriert sich das Szenario auf die Anästhesiologische Dokumentation, die sich an den DGAI Empfehlungen Kerndatensatz Anästhesie 3.0 und dem Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen orientieren sollte.			
2.1	Der Patient wird beatmet in den OP gefahren und dort von dem Anästhesieteam übernommen.  Der Anästhesist beginnt mit der Anästhesiedokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Start eines Anästhesieprotokolls, bzw. mit der anästhesiologischen Dokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zeitpunkte sind die aktuellen Zeitpunkte während der Präsentation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die Dokumentation, dass ein Patient beatmet übernommen wird?</li> <li>Werden Daten aus dem Schockraum übernommen? Wenn ja, kann man diese schnell verändern/ergänzen?</li> </ul>
2.2		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der Anästhesie-relevanten Befunde und der Risikoeinschätzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausfüllen gemäß Anamnese (s.o.), Vorbefunde.</li> <li>Wie wird der Beatmungsstatus übernommen?</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können Befunde aus der alten Dokumentation übernommen werden.</li> <li>Wie können Befunde / Werte von diesem Aufenthalt übernommen werden?</li> <li>Wie ist der Arbeitsprozess? Werden Vorwerte dargestellt und müssen bestätigt werden?</li> </ul>
2.2	Die Operation wird durchgeführt (Becken, Femur, Arm) Während der Operation findet der Anästhesist Zeit, den Eingriff zu dokumentieren und zu kodieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Engmaschige Dokumentation der Vitalparameter</li> </ul>	Dokumentation von <ul style="list-style-type: none"> <li>Blutdruck,</li> <li>Herzfrequenz,</li> <li>O2-Sättigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie werden Vitaldaten / Gerätedaten dargestellt?</li> <li>Wie können diese manuell eingegeben werden?</li> <li>Wie können maschinell erfasste Daten korrigiert werden?</li> <li>Wie können Korrekturen nachvollzogen werden?</li> </ul>
2.3		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der Gabe von Arzneimitteln und Blutprodukten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>U.a. Gabe von <b>Erythrozytenkonzentraten, Fentanyl, Antibiotika</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie werden Medikamente eingegeben?</li> <li>Werden BTM-Substanzen gesondert angezeigt und</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

				<ul style="list-style-type: none"> <li>bilanziert (verwerfen am Ende)?</li> <li>Chargennummern?</li> </ul>
2.4		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation der genauen OP-Zeitpunkte (A5, A6, A7, O5, O8, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentieren Sie einen üblichen OP-Ablauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gibt es Plausibilitätskontrollen?</li> <li>Wie werden die Zeiten angezeigt?</li> <li>Wie sieht man die aktuellen Prozesszeiten (z.B.: laufende Schnitt-Naht-Zeit)</li> <li>Wie sieht der OP-Manager die Zeiten?</li> </ul>
2.5		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation des durchgeführten Eingriffs, sowohl als kodiert (OPS-Katalog) als auch als freitextliche Beschreibung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kodierung der OP im aktuellen OPS-Kode</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welche Unterstützung bei der Kodierung gibt es?</li> </ul>
2.6	Gegen Ende der Operation legt der Operateur das postoperative Procedere fest. Insbesondere darf der Patient vorerst nicht ohne zu gezurrte Beckengurte oder -tücher gelagert werden. Außerdem soll der Patient mindestens 24 weitere Stunden sediert und beatmet werden, sowie die Perioperative Antibiotikaprophylaxe fortgesetzt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokumentation des postoperativen Procedere (insbesondere Anweisungen des Operateurs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lagerung nur mit Stabilisierung des Beckens (Gurte, ...)</li> <li>Sedierung und Beatmung &gt; 24 h</li> <li>Zeitgerechte Fortführung der Antibiotika-Therapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können postoperative Verordnungen dokumentiert werden?</li> <li>Wie kann man bestimmte Anordnungen hervorheben?</li> <li>An welchen Stellen tauchen diese Informationen später wieder auf?</li> <li>Wie wird der Zeitpunkt der letzten Antibiotika-Gabe weiter gegeben?</li> </ul>
2.7	Vor der Verlegung auf die Intensivstation schließt der Anästhesist sein Protokoll ab.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vervollständigen der Daten für den Kerndatensatz Anästhesie</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird der Anästhesist dabei Unterstützt? (Vollständigkeitskontrollen, Plausibilitätskontrollen, Fehlerlisten, etc.)</li> </ul>
2.8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Abschluss der Operation wird der Patient auf die Intensivstation verlegt.</li> </ul>			

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”



# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

3	Aufnahme auf die Intensivstation			10 min
3.1	Wechsel in das Modul / Programm / Sichtweise der Intensivstation. Der Stationsarzt der Intensivstation meldet sich am System an.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
3.2	Der Patient wird sediert und intubiert beatmet auf die Intensivstation gebracht. Neben der mündlichen Übergabe verweist der Anästhesist auf das	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme des Patienten auf die Intensivstation und Zuordnung zu einem Bettplatz</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative Verlegung des Patienten auf die Intensivstation mit Bettplatzzuordnung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie erfolgt die Verlegung auf Intensivstation?</li> <li>•</li> </ul>
3.3	dokumentierte verordnete Prozedere. Der Intensivarzt untersucht den Patienten und verschafft sich in der Akte einen Überblick und setzt die Empfehlungen der Kollegen in Verordnungen um.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt dokumentiert die Anamnese des Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übernahme wichtiger Befunde und Informationen aus Voraufenthalten, sowie aus der Notaufnahme und dem OP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie erfolgt die Anzeige aus Notaufnahme, sowie OP / Anästhesieprotokoll in der Intensivakte?</li> <li>• Wie wird der Arzt auf Risiken (Allergien / C&amp;L4) aufmerksam gemacht?</li> <li>• Wie können Blutverlust und Transfusionen eingesehen werden?</li> <li>• Wie können Daten / Empfehlungen aus den Protokollen übernommen werden?</li> </ul>
3.4		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt dokumentiert den Therapieplan einschließlich der geplanten Arzneimitteltherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingabe von 3 Medikamenten, darunter die <b>Antibiose</b> gemäß der Übergabe aus dem OP und einem <b>Blutprodukt</b> als einmalige ad hoc Gabe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

3.5	Auf der Intensivstation wird unter anderem ein Sheldon-Katheter gelegt und eine Hämodialyse vorgenommen, da der Patient zwischenzeitlich ein akutes Nierenversagen zeigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentation der Anlage eines Sheldon-Katheters zur Hämodialyse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbringen des <b>Sheldon-Katheters</b>:</li> <li>• z.B. <b>CioCath MaxFlo oder Arrow 14 F</b> in die <b>Vena Jugularis interna dextra</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird die Anlage eines Katheters dokumentiert?</li> <li>• Kann diese Anlage als erlösrelevantes Ereignis exportiert werden?</li> </ul>
3.6	Aufgrund einer verzögerten Wundheilung werden die Wunden von der Pflege mit einer Digitalkamera dokumentiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Anwender lädt Bilder mit Befund hoch.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bilder können von der Festplatte hochgeladen werden.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie können Bilder eingebunden werden?</li> <li>• Wie können Bilder kommentiert (mit Befunden / Bewertungen) werden (ggf. im Bild?)</li> </ul>
3.7	(Zeitsprung) Die Situation des Patienten verbessert sich im Verlauf der Behandlung. Er atmet spontan und ist ohne Sauerstoffgabe oder Katecholamine hämodynamisch stabil.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>(Evtl. Darstellung an zweitem, vorbereiteten Patienten ohne weitere Vorgabe)</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie werden die Vitaldaten des Patienten dargestellt?</li> <li>• Wie erkennt man den Verlauf über mehrere Tage?</li> </ul>
3.8	Der Patient wird extubiert	Dokumentation der Extubation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zeitpunkt wird vorgegeben</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird die Extubation dokumentiert?</li> <li>• Wie kann man die Gesamtbeatmungsdauer einsehen?</li> </ul>



# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

<p><b>3.9</b></p>	<p>Der Patient soll nun auf die Normalstation verlegt werden. Dazu muss ein Verlegungsbrief angefertigt werden. Hierbei soll auf die bestehende Dokumentation (vor allem auch der Hämodialyse) zurückgegriffen werden. Das vom Operateur und dem Intensivstations-Team festgelegte Procedere muss hier für die folgende Station festgehalten werden. Selbstverständlich gehören auch die aktuelle Medikation und eine Empfehlung zu deren Weiterführung dazu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellen eines Verlegungsberichtes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellen eines Verlegungsberichtes einschließlich einer Medikationsempfehlung auf Basis der aktuellen Dokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird ein Verlegungsbericht erstellt?</li> <li>• Wie können bestehende Informationen in den Verlegungsbericht übernommen werden?</li> <li>• Wie werden Bildbefunde eingebunden?</li> <li>• Wie wird der Arzt bei der Beschreibung des Verlaufs unterstützt?</li> <li>• Wie wird der Arzt bei der Erstellung der Therapieempfehlungen unterstützt?</li> </ul>
-------------------	---	---	--	--

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

4	Aufenthalt auf der Normalstation			8 min
4.1	Der Patient wird auf Normalstation verlegt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anmeldung des Stationsarztes an dem System</li> <li>Administrative Verlegung auf Normalstation</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie erfolgt die administrative Verlegung</li> <li>Gibt es ein neues Modul / eine neue Ansicht / ein anderes Softwarepaket für Normalstation?</li> </ul>
4.2	Der Stationsarzt liest den Verlegungsbericht von Intensivstation und schreibt den Therapieplan für Normalstation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Übernahme der aktuellen Medikation des Patienten von der Intensivstation und Anpassung an die auf Station üblichen Präparate.</li> <li>Verordnung von Bettruhe, Physiotherapie und Laborkontrollen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Z.B. können folgende Medikamente von i.V. auf Oral umzusetzen sein:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Pantoprazol</li> <li>Metoprolol</li> <li>Metronidazol</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie wird die Medikation der vorherigen Station übernommen?</li> <li>Wie wird sichergestellt, dass der Weiterbehandelnde mit allen Verordnungen einverstanden ist, bevor sie zur Ausführung kommen?</li> <li>Wie kann ein Arzt beim Umsetzen der Medikamente unterstützt werden?</li> </ul>
4.2	Die Pflege führt die Wunddokumentation fort. Dazu wird sowohl ein Risikoassessment durchgeführt, wie auch eine Bilddokumentation der bestehenden Wunden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durchführung eines Assessments (z.B. Bradenskala)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erfassung der Bradenskala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie werden Scores erfasst und berechnet?</li> </ul>
4.3	Die Pflege führt die Wunddokumentation fort. Dazu wird sowohl ein Risikoassessment durchgeführt, wie auch eine Bilddokumentation der bestehenden Wunden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilddokumentation (wie oben)</li> <li>Bewertung des Verlaufs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilddokumentation wie oben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wie kann der Verlauf mit Hilfe der Bilddokumentation dargestellt werden?</li> <li>Wie werden die Befunde / Kommentare im Verlauf dargestellt?</li> <li>Wie erfolgt die Darstellung Stationsübergreifend?</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

4.4	Der Arzt kommt aus dem OP und will sich in einer Kurvenvisite einen Überblick über die Station verschaffen. Dazu ist es erforderlich, dass er sieht, bei welchem Patienten neue Befunde eingetroffen sind oder sich weitere Veränderungen ergeben haben. Herr Hirnfiedler hat in der Zwischenzeit ein neues CT erhalten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Arzt sitzt vor der Stationsliste (mind. 8 Patienten) und sucht nach neuen Befunden / Informationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hinweis auf neuen Befund einer durchgeführten CT:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Osteosynthesen zeigen einen regelhaften Heilungsverlauf. Es zeigen sich keine weiteren Brüche oder Fehlstellungen.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie werden neue Befunde im System dargestellt?</li> <li>• Wie wird dokumentiert, dass ein Arzt die neuen Befunde gesehen hat?</li> </ul>
4.5	Der Patient möchte (und darf) nun bald nach Hause. Der Stationsarzt schreibt dafür den Entlassbrief an den Hausarzt.  Dieser umfasst wie üblich die Diagnosen des Patienten, die durchgeführten Maßnahmen, die Anamnese des Patienten, den stationären Verlauf, sowie eine Epikrise und eine Empfehlung für die weitere Therapie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eines Arztbriefes und Übernahme von Diagnosen / Befunden / etc. aus dem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übernahme der Daten aus dem bisherigen Verlauf (inkl. Blutverlust, Beatmungsdauer, Transfusionen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der Arzt unterstützt?</li> <li>• Wie erfolgt die Übernahme aus der Dokumentation, welche Korrekturmöglichkeiten bestehen?</li> <li>• Gibt es eine Unterstützung des Freigabeprozesses der Arztbriefe (Oberarzt / Chef)?</li> </ul>
4.6	Dabei müssen die aktuell verordneten Präparate auf eine Wirkstoff-bezogene Empfehlung für den weiterbehandelnden Arzt (Hausarzt, ReHa) umgesetzt werden. Zusätzlich gehört eine Übersicht über den Behandlungsverlauf (Intensivbehandlungszeiten, Interventionen) dazu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung der Arzneimittelverordnung auf Wirkstoffbasis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung z.B. von Novalgin® auf Metamizol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie wird der Arzt bei der Umsetzung unterstützt?</li> </ul>
4.7	Der Patient erhält von der Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellen und Ausdrucken</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie kann ein Medikationsplan</li> </ul>

# PDMS - Clinical Documentation Challenge - Szenario 2015

## “Continuity of care”

	einen Medikationsplan	eines Medikationsplans		für den Patienten erstellt / gedruckt werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie können Zusatzinformationen für den Patienten für den Medikationsplan erfasst werden?</li> </ul>
<b>4.8</b>	Stellen Sie dar, welche weiteren Berichte / Auswertungen/ Statistiken (z.B. OP-Statistik, etc. ) Sie aus den erfassten Daten im Prozess erzeugen können. Dieser Teil ist offen gewählt, damit Sie frei darstellen können, wo die Stärken der Verwertung der Stations- und Bereichübergreifenden Auswertung bei Ihrem System liegt.			