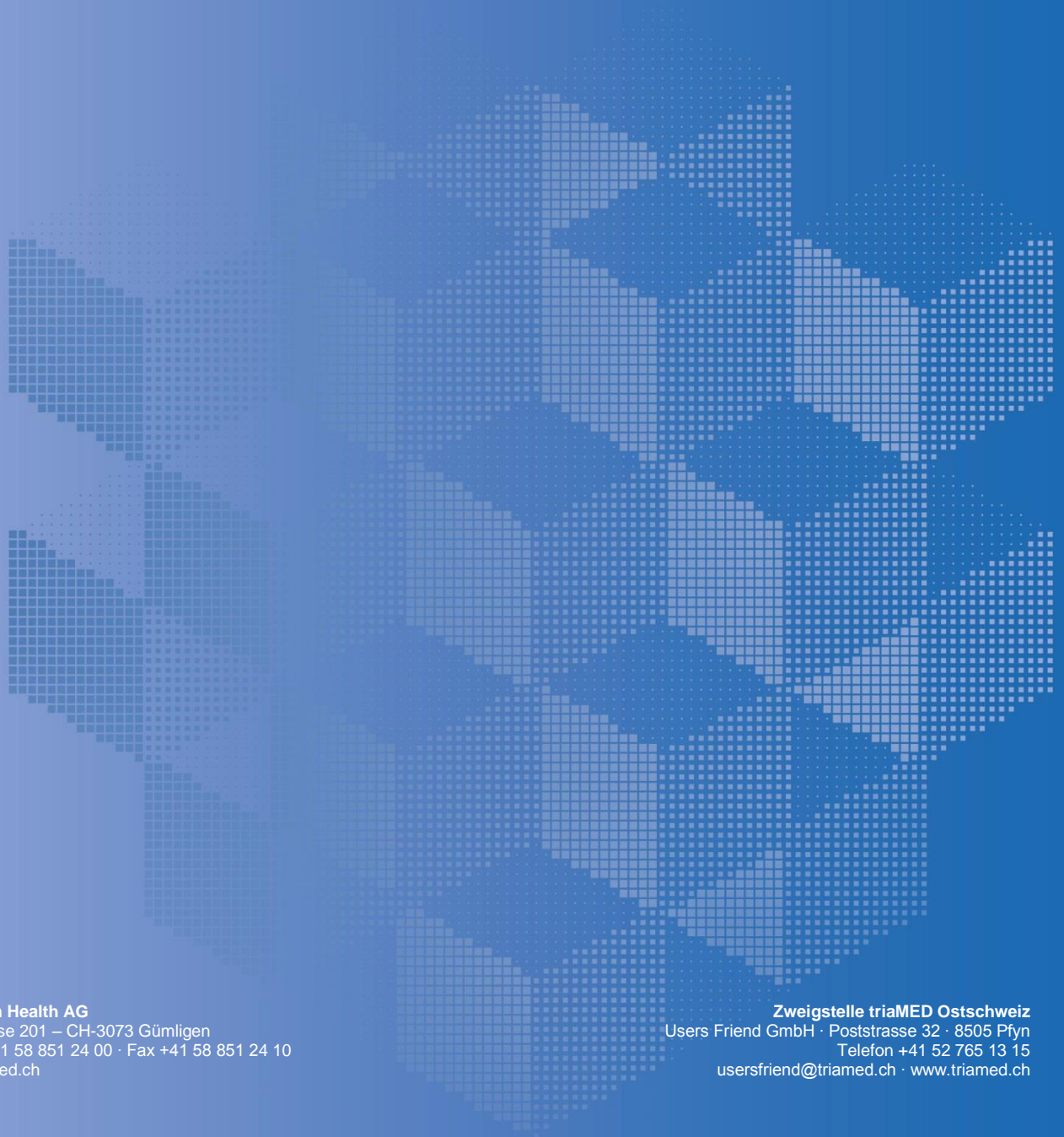


# triaMED Handbuch triaMED KG - Modellfälle

11.04.2017



## Inhaltsverzeichnis

---

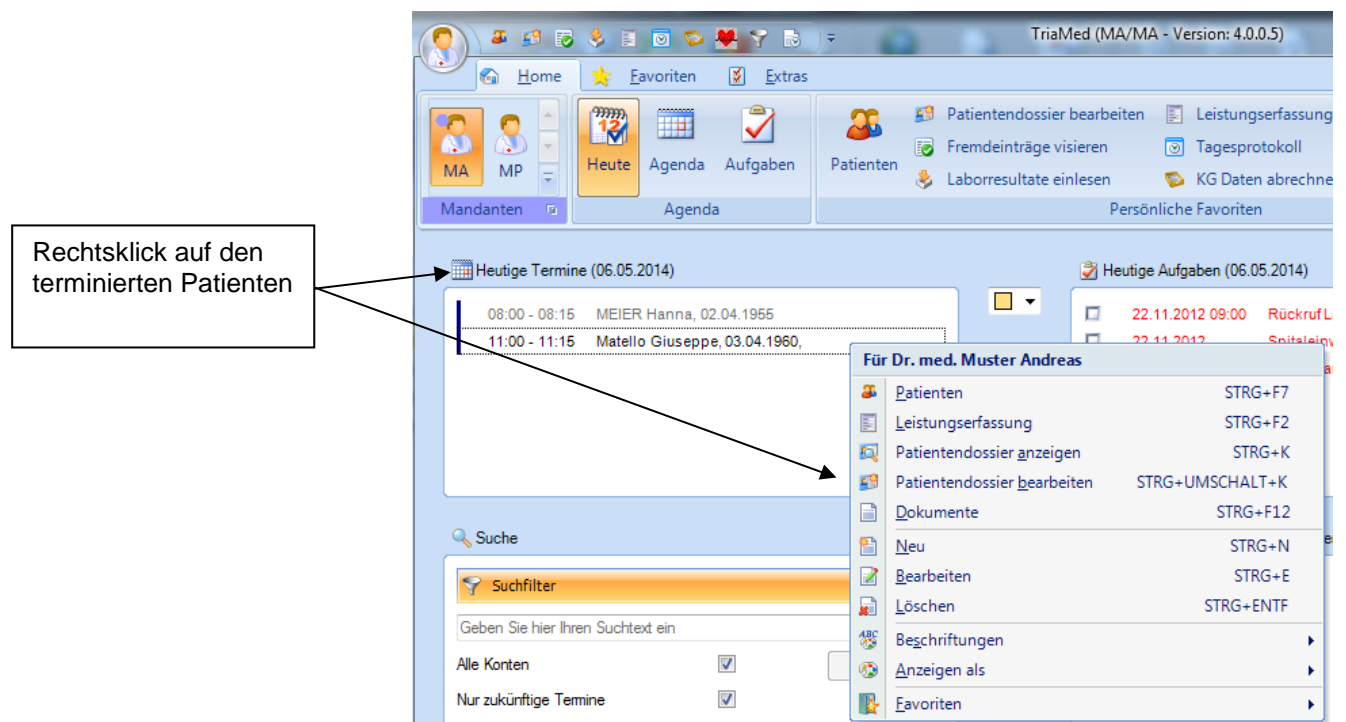
Inhaltsverzeichnis	2
1. Modellfälle der KG Führung mit triaMED	3
1.1. Die einfache- „Grippe“-Konsultation .....	4
1.2. Verlaufskontrolle bei Chronischkranken: .....	15
1.3. Die zufällig entdeckte chronische Krankheit .....	18
1.4. Die Dokumentation bei polymorbiden Patienten .....	31

## 1. Modellfälle der KG Führung mit triaMED

Bemerkungen	triaMED bietet vielfältige Möglichkeiten der medizinischen Dokumentation. Wer gerne seine Krankengeschichte als unstrukturierten Freitext ablegen möchte, kann dies durchaus tun. Zusätzlich bietet triaMED aber sämtliche Übergänge über die semi-strukturierte bis zur vollständig strukturierten Dokumentation mit codierten Elementen (Auswahl Freitext oder Wörterbuch; Codierungen mit ICD-10 oder ICPC-2). Die wesentlichen Vorteile der elektronischen Dokumentation kommen nur bei der strukturierten KG-Führung zum Tragen.
Dokumentationsverfahren	In der Folge sollen einige Modellfälle der Dokumentationsweise durchgespielt werden. Es geht hier v.a. um das Aufzeigen von einigen möglichen Dokumentationsverfahren; selbstverständlich wird jeder Arzt, je nach Fachgebiet und individueller Arbeitsweise, seine eigene, für ihn optimale Art der Dokumentation finden. Es wird <b>nur die medizinische Dokumentation selber</b> durchgespielt, ohne die organisatorischen Vorgänge wie Terminvergabe, Patientendaten-Erfassung, Raumzuteilung etc..
Verlaufseinträge	Die problemorientierten Verlaufseinträge wurden mit dem Bildschirm 30 erstellt.
Dokumentation ist individuell	<p>Selbstverständlich sind auch andere Arten der Dokumentation möglich. Insbesondere ist auch ein <b>sehr strukturiertes Arbeiten unter Verwendung von Klassifikationen möglich</b> (ICD-10, ICPC-2, CHOP etc.). Im praktischen und hektischen Alltag des Allgemeinarztes dürfte dies jedoch nur schwierig zu bewerkstelligen und ausserdem von begrenztem Wert sein.</p> <p>Mit diesen Ausführungen soll nur eine vorläufige, praktikabel erscheinende Dokumentationsmöglichkeit für den durchschnittlichen praktizierenden Arzt dargestellt werden.</p> <p>Jeder Arzt wird, je nach klinischem Problem und Arbeitsweise, seinen eigenen Dokumentationsstil finden.</p>
„What you put in, you get out“	<p>Wichtig ist, sich folgendes vor Augen zu halten:</p> <p>Wie ich es eingebe, so kommt es wieder heraus (insbesondere in Berichten!)</p>
Disziplin	Daher lohnt sich eine gewisse „Disziplin“ bei der Führung der elektronischen Krankengeschichte.

## 1.1. Die einfache- „Grippe“-Konsultation

Situation	Herr Matello Giuseppe meldet sich morgens telefonisch in der Praxis und möchte, da er sich miserabel fühlt und Fieber hat, schnell vorbeikommen. Er erhält noch am gleichen Vormittag einen Termin.
Begrüssung, Beschwerden	Der Patient kommt ins Sprechzimmer und wird vom Arzt begrüßt. Er schildert seine Symptome: Fieber und Husten seit 3 Tagen. Trotz Einnahme von Aspirin sei die Sache nicht besser geworden, im Gegenteil. Ausserdem brauche er, gemäss Arbeitgeber, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis – was nicht zuletzt der Grund der Konsultation sei.
Patientendossier öffnen	Via Rechtsklick über dem terminierten Patienten in der „Heute“- Ansicht kann das Dossier zur Bearbeitung geöffnet werden:



Detailangaben zum  
aktuellen Kontakt  
können angepasst  
werden

Kontakt auswählen / erstellen

7047 - Matello Giuseppe, Gümligen, 03.04.1960

☐ Kontakt auswählen

☒ Neuer Kontakt erstellen

Datum 06.05.2014  
 Zeit 11:00  
 Dauer 15  
 Stoppuhr 0 Std 00 Min 00 Sek  
 Kontaktart Konsultation  
 Erbringungsort Praxis  
 Grund  
 Aufenthaltsart Ambulant

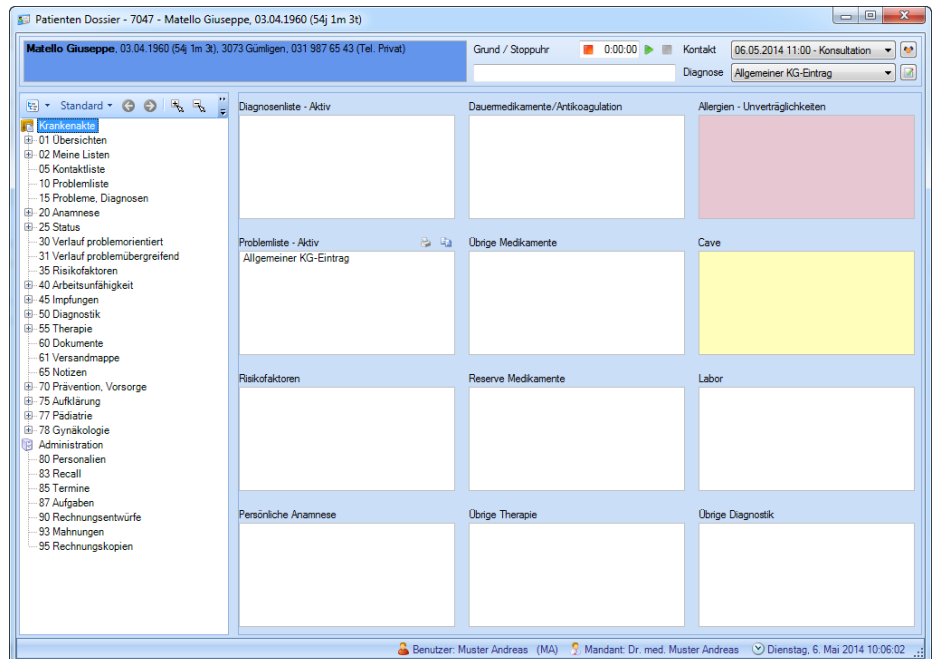
Standardeinstellungen  
 Ausführender Arzt Muster Andreas  
 Verantwortlicher Arzt Muster Andreas

☐ Nicht visitierte Fremdeinträge validieren

Anzeigen Bearbeiten Abbrechen

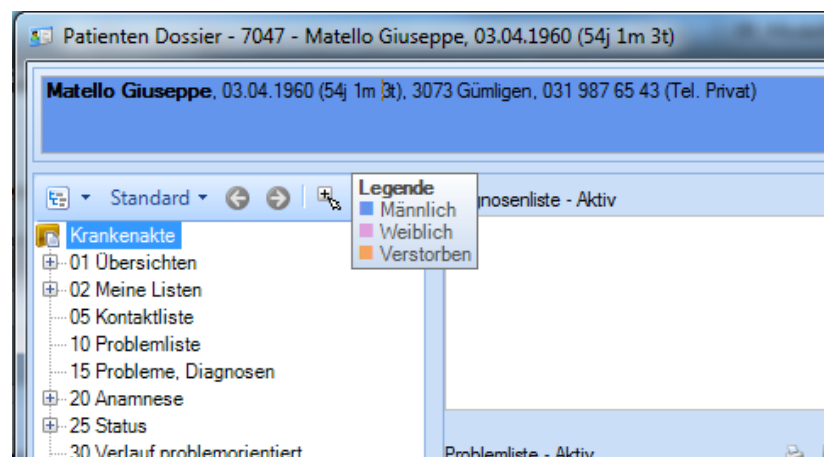
Es werden Detailangaben zum aktuellen Patientenkontakt vorgeschlagen, die nach Bedarf bearbeitet werden können.

Nach Erstellung des Kontaktes erscheint die KG-Übersicht



Es öffnet sich die KG-Übersicht mit den Übersichtsboxen. Bei diesem Patienten bestehen noch keine Voreinträge.

Im Header der KG werden Frauen und Männer sowie verstorbene Patienten farblich unterschiedlich dargestellt. Im Tooltip erscheint eine Legende, welche die Zuweisung der Farben deklariert.



Patienten Dossier - 7047 - Matello Giuseppe, 03.04.1960 (54j 1m 3t)

Matello Giuseppe, 03.04.1960 (54j 1m 3t), 3073 Gümligen, 031 987 65 43 (Tel. Privat)

Grund / Stoppuhr 0:00:00 Kontakt 06.05.2014 1

Diagnose Allgemeiner K

Standard

Krankenakte

- 01 Übersichten
- 02 Meine Listen
- 05 Kontaktliste
- 10 Problemliste
- 15 Probleme, Diagnosen**
- 20 Anamnese
- 25 Status
- 30 Verlauf problemorientiert
- 31 Verlauf problemübergreifend
- 35 Risikofaktoren
- 40 Arbeitsunfähigkeit
- 45 Impfungen
- 50 Diagnostik
- 55 Therapie
- 60 Dokumente
- 61 Versandmappe
- 65 Notizen
- 70 Prävention, Vorsorge
- 75 Aufre...

Neu Bearbeiten Löschen Verlauf Verlaufseintrag Kontakte KG-Einträge Extras

Status **Aktive** Inaktive Abgeschlossene Art **Probleme** Diagnosen

Typ	Eintrag	Code	Art	Status / Subst	Chron	Ereignisdat	Erster Kont	Letzter Kont
Freitext	Allgemeine		Probl	Aktiv	Hauptpr	Nein	06.05.2014	06.05.2014
Freitext	Wörterbuch		Probl	Aktiv	Default	Ja	06.05.2014	06.05.2014

Erfassung des Problems in der Schnellerfassungszeile

Unter 15 Probleme, Diagnosen kann über die Schnellerfassungszeile das Problem erfasst werden. In diesem einfachen Fall wählen wir Freitext und erfassen das Problem:

Patienten Dossier - 7047 - Matello Giuseppe, 03.04.1960 (54j 1m 3t)

Matello Giuseppe, 03.04.1960 (54j 1m 3t), 3073 Gümligen, 031 987 65 43 (Tel. Privat)

Grund / Stoppuhr 0:00:00 Kontakt 06.05.2014 1

Diagnose Allg

Standard

Krankenakte

- 01 Übersichten
- 02 Meine Listen
- 05 Kontaktliste
- 10 Problemliste
- 15 Probleme, Diagnosen**
- 20 Anamnese
- 25 Status
- 30 Verlauf problemorientiert
- 31 Verlauf problemübergreifend
- 35 Risikofaktoren
- 40 Arbeitsunfähigkeit
- 45 Impfungen
- 50 Diagnostik
- 55 Therapie
- 60 Dokumente
- 61 Versandmappe
- 65 Notizen
- 70 Prävention, Vorsorge
- 75 Aufre...

Neu Bearbeiten Löschen Verlauf Verlaufseintrag Kontakte KG-Einträge Extr

Status **Aktive** Inaktive Abgeschlossene Art **Probleme** Diagnosen

Typ	Eintrag	Code	Art	Statu / Subs	Chro	Ereignisdat	Erster Kont	Letzter Kont
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern								
Freitext	Allgemeiner KG-E		Probl	Aktiv	Default	Ja	06.05.2014	06.05.2014
Freitext	grippaler Infekt		Probl	Aktiv	Hauptp	Nein	06.05.2014	

Verlaufseintrag  
Problemorientiert

Nach Gespräch mit dem Patienten und der Untersuchung erfolgt der SOAP-Eintrag. Markieren Sie die Zeile mit dem „grippalen Infekt“ und klicken auf den Button *Verlaufseintrag*.

Verlaufseintrag  
problemorientiert  
(markiertes Problem)

Neu Bearbeiten Löschen Verlauf Verlaufseintrag Kontakte KG-Einträge Extras

Status **Aktive** Inaktive Abgeschlossene Art **Probleme** Diagnosen

Typ	Eintrag	Code	Art	Statu / Subs	Chro	Ereignisdat	Erster Kont	Letzter Kont
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern								
Freitext	Allgemeiner KG-E		Probl	Aktiv	Default	Ja	06.05.2014	06.05.2014
Freitext	grippaler Infekt		Probl	Aktiv	Hauptp	Nein	06.05.2014	



## SOAP- Einträge

Ausfüllen der „SOAP“ – Felder, dann speichern:

Einträge in die SOAP  
Felder

SOAP – Eintrag in der  
Übersicht: durch  
Rechtsklick bearbeitbar

RFE	S	O	B	PA	PT
Seit 3 Tagen Fieber und Husten. Trotz Aspirin Verschlimmerung der Symptome. Braucht AUF-Zg.	AZ reduziert, febril 38 Grad, trockene RG's über allen Lufeldern. BD 132/78, Enoral gerötet. Keine Lymphknotenvergrößerungen.	V.a. viralen Infekt der Luftwege	Labor, Lc / CRP		



## Alternativ

Alternativ kann man auch unter 30 (Verlauf problemorientiert) „grippaler Infekt“ den SOAP-Eintrag machen:

Öffnen des Verlaufs problemorientiert, Anklicken des Problems/Diagnose und direkter Erfassung neuer Verlauf im Fenster

Die Einträge können oben rechts direkt erfasst werden und werden automatisch durch Sprung ins nächste Feld gespeichert. Nachträglich können die Einträge durch Wahl des entsprechenden Kontakts wieder im Erfassungsfenster geladen und bearbeitet werden.

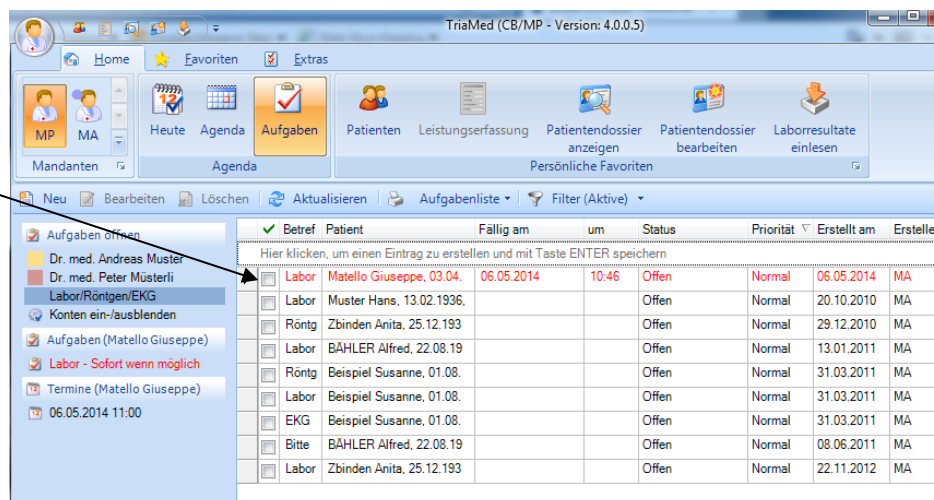
## Laborauftrag

Der zur Bestätigung des Sachverhalts und Einschätzung der klinischen Situation beschlossene Laborauftrag wird auf dem Auftragsblatt erfasst:

Öffnen des Auftragsblattes und Eingabe Laborauftrag

Der Auftrag erscheint beim Labor auf der „Heute“ – Ansicht, so dass die MPA sofort die Blutentnahme vornehmen kann:

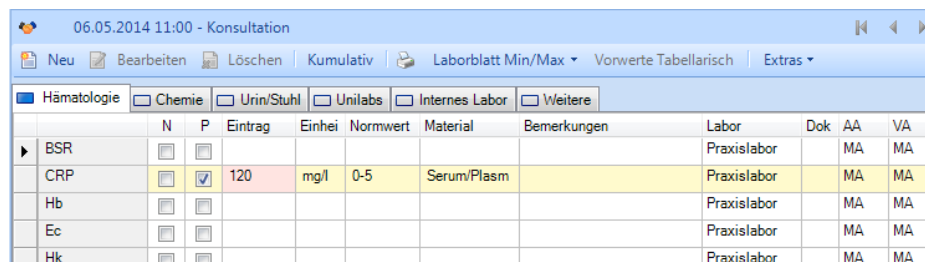
Der Laborauftrag erscheint im Labor oder am Empfang in der „Heute“- Ansicht in roter Farbe, bis erledigt



Betreff	Patient	Fällig am	um	Status	Priorität	Erstellt am	Erstelle
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern							
Labor	Matello Giuseppe, 03.04.	06.05.2014	10:46	Offen	Normal	06.05.2014	MA
Labor	Muster Hans, 13.02.1936,			Offen	Normal	20.10.2010	MA
Röntg	Zbinden Anita, 25.12.193			Offen	Normal	29.12.2010	MA
Labor	BÄHLER Alfred, 22.08.19			Offen	Normal	13.01.2011	MA
Röntg	Beispiel Susanne, 01.08.			Offen	Normal	31.03.2011	MA
Labor	Beispiel Susanne, 01.08.			Offen	Normal	31.03.2011	MA
EKG	Beispiel Susanne, 01.08.			Offen	Normal	31.03.2011	MA
Bitte	BÄHLER Alfred, 22.08.19			Offen	Normal	08.06.2011	MA
Labor	Zbinden Anita, 25.12.193			Offen	Normal	22.11.2012	MA

Die bestimmten Laborwerte werden automatisch ins Laborblatt übernommen und können unter 50-Laborblatt-Diagnostik vom Arzt abgerufen werden.

Überraschenderweise ergibt sich im Labor trotz des relativ mässigen klinischen Befundes ein stark erhöhtes CRP und Lc:



	N	P	Eintrag	Einheit	Normwert	Material	Bemerkungen	Labor	Dok	AA	VA
BSR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Praxislabor		MA	MA
CRP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	120	mg/l	0-5	Serum/Plasm		Praxislabor		MA	MA
Hb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Praxislabor		MA	MA
Ec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Praxislabor		MA	MA
Hk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						Praxislabor		MA	MA

## Verordnung Medikamente

Es werden dem Patienten nun Medikamente verordnet:

Erfassen der verordneten Medikamente über die Schnellerfassungszeile (unter 55 Therapie - Medikamente)

The screenshot shows the 'Patienten Dossier' window for 'Matello Giuseppe, 03.04.1960 (54j 1m 3t)'. The left sidebar lists various medical history sections. The main area shows the 'Schnellerfassungszeile' with a dropdown menu for 'Produkt' (Product) and a 'Freitext' (Free text) field. The 'Typ' (Type) is set to 'Produkt'.

Es erscheint eine Auswahl aus dem triaMED Index, wo das entsprechende Präparat ausgewählt und übernommen werden kann:

Auswahl des Präparates aus dem TriaMed Index

The screenshot shows the 'Suche in TriaMedIndex' window with 10 entries found. The search text is 'klacid'. The results table lists various 'KLACID' products with their pharmacodes, descriptions, and Migel codes.

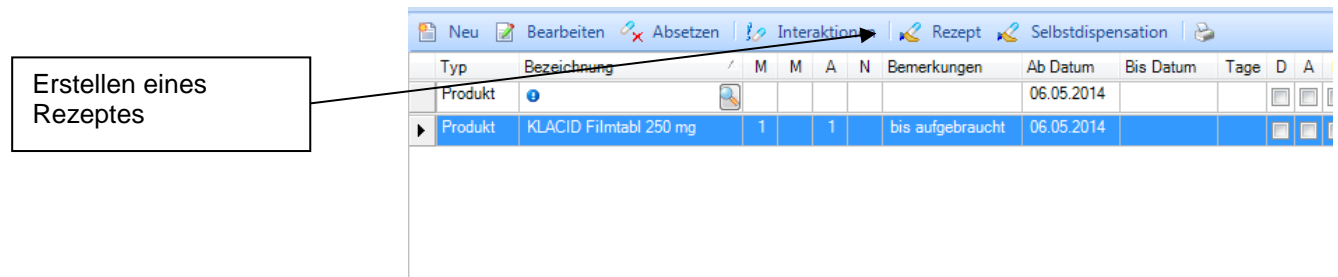
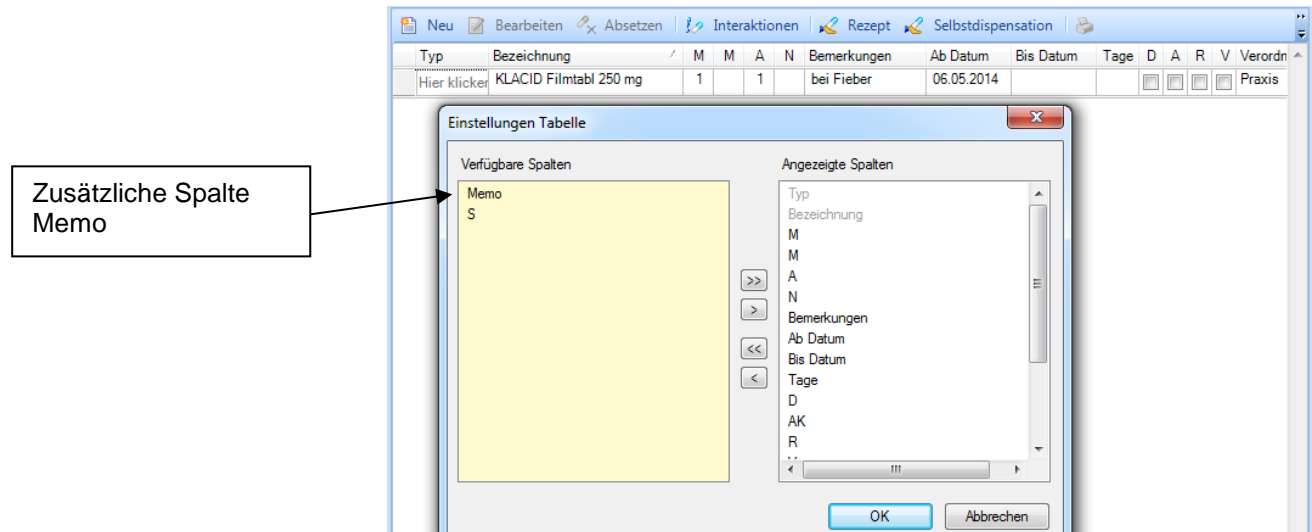
Pharmacode	Bezeichnung	Migel Code
1410438	KLACID Filmtabl 250 mg 14 Stk	
2279087	KLACID Filmtabl 250 mg 20 Stk	
1551162	KLACID Filmtabl 250 mg 70 Stk	
1577664	KLACID Filmtabl 500 mg 120 Stk	
1714664	KLACID Filmtabl 500 mg 14 Stk	
1714670	KLACID Filmtabl 500 mg 20 Stk	
1579918	KLACID Filmtabl 500 mg 30 Stk	
2763216	KLACID One Ret Tabl 500 mg 14 Stk	
2763191	KLACID One Ret Tabl 500 mg 7 Stk	
1577670	KLACID Trockensub 500 mg i.v. Amp	

Es kann sogleich die Dosierung eingetragen sowie Bemerkungen zur Einnahme erfasst werden:

Erfassen der Dosierung und Bemerkungen zum Einnahmemodus

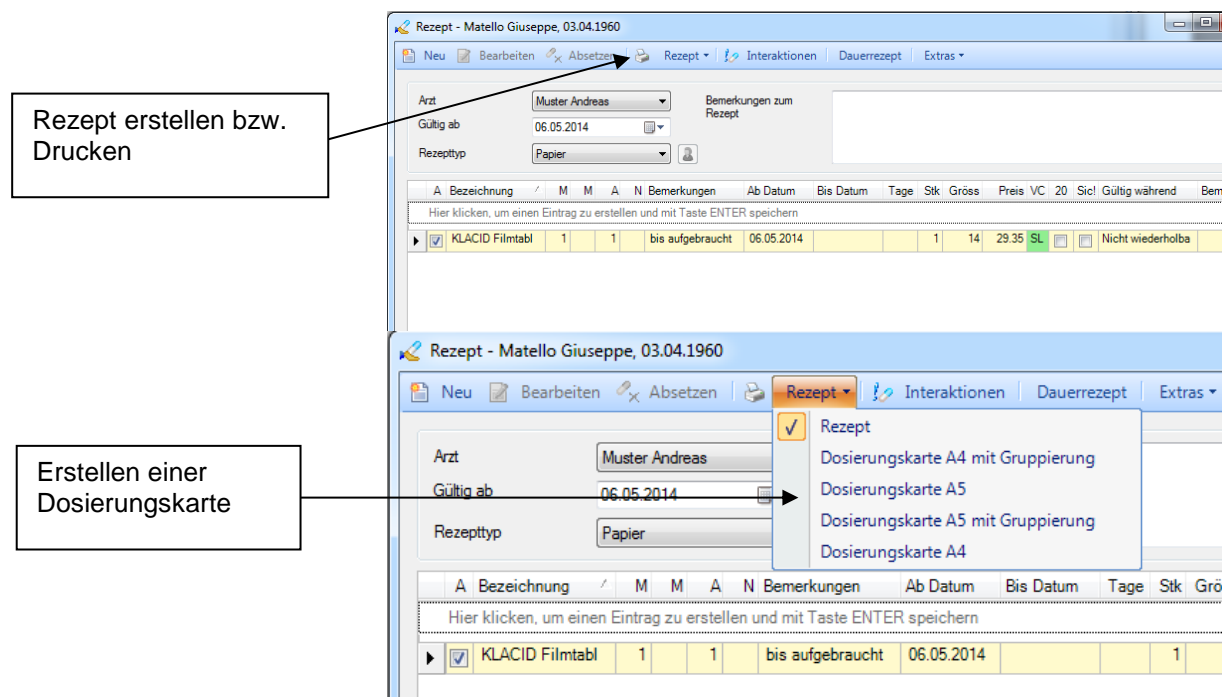
The screenshot shows the medication entry form with the 'Bemerkungen' (Remarks) field. A dropdown menu is open, showing various dosing and administration instructions such as 'bis aufgebraucht' (until used), 'bei Bedarf' (as needed), 'bei Schmerzen' (in pain), 'bei Fieber' (with fever), '1/4 Stunde vor dem Essen' (1/4 hour before eating), 'nach dem Essen' (after eating), 'während dem Essen' (during eating), and 'siehe Patienten-Informationen' (see patient information).

Spalte Memo unter 55.10 Unter 55.10 Medikamentöse Therapie steht zusätzlich auch eine Spalte Memo intern zur Verfügung. Diese ist standardmässig nicht sichtbar.



Rezept oder  
Dosierungskarte erstellen

Nun kann entweder direkt ein Rezept oder eine Dosierungskarte erstellt und dann ausgedruckt werden:



## Arbeitsunfähigkeit Erfassen

Schliesslich wird noch die Arbeitsunfähigkeit erfasst:

Matello Giuseppe, 03.04.1960 (48; 2m 1t), 3000 Bem 14, 031 987 65 43 (Tel. Privat) Grund / Stoppuhr 0:00:00 Fieber, Husten

Navigation

- Krankenakte
  - 01 Übersichten
  - 05 Kontaktliste
  - 10 Problemliste
  - 15 Probleme, Diagnosen
  - 20 Anamnese
  - 25 Status
  - 30 Verlauf problemorientiert
  - 31 Verlauf problemübergreifend
  - 35 Risikofaktoren
  - 40 Arbeitsunfähigkeit
    - 10 Krankheit
    - 20 Unfall
    - 30 Dispens

Neu Bearbeiten Löschen Arbeitsunfähigkeit Extras

AUF in %	Von Datum	Bis Datum	Voraussichtliche Dauer	Bemerkung
100				
90				
80				
70				
60				
50				
40				
30				

Erfassung der Arbeitsunfähigkeit in der Erfassungszeile

Das entsprechende Arbeitsunfähigkeitszeugnis kann sofort erstellt und ausgedruckt werden:

Neu Bearbeiten Löschen Arbeitsunfähigkeit Extras

AUF in %	Von Datum	Bis Datum	Voraussichtliche Dauer	Bemerkung
0	12.05.2014			
50	09.05.2014	11.05.2014		
100	05.05.2014			

Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern

Ausdrucken des Arbeitsunfähigkeitszeugnisses

Vorschau

Drucken PDF Export PDF senden Versenden

Hauptbericht

Dr. med. Andreas Muster  
Facharzt FMH für Allgemeinmedizin  
Worbstrasse 201  
3073 Gümligen  
EAN 760100092786  
ZSR 9310.01  
Telefon 031 950 05 00  
e-Mail info@triamun.ch

Zeugnis

Der unterzeichnende Arzt bestätigt für

**Matello Giuseppe, geb. 03.04.1960**  
3073 Gümligen BE

eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit

**Arbeitsunfähigkeit 100 % ab dem 05. Mai 2014 bis und mit 08. Mai 2014**

**Arbeitsunfähigkeit 50 % ab dem 09. Mai 2014 bis und mit 11. Mai 2014**

**Arbeitsunfähigkeit 0 % ab dem 12. Mai 2014**

Aktuelle Seite: 1 Seiten gesamt: 1 Zoomfaktor

Nun kann im Verlaufseintrag noch das Procedere ergänzt bzw. die Arbeitsunfähigkeit vermerkt werden:

Ergänzung des  
Procederes und der  
AUF nach Erhalt der  
Laborwerte.

The screenshot shows the triaMED software interface for a patient record. The title bar indicates the date and time: 06.05.2014 - 11:00. The main content area is titled 'grippaler Infekt MA (Erstdiagnose: 06.05.2014)'. The interface is divided into several sections: 'Reason for Encounter', 'Subjective', 'Objective', 'Assessment', and 'Treatment'. A callout box points to the 'Problems/Diagnoses' section, indicating where to add the procedure and work incapacity.

Abschluss

Damit wäre die aktuelle Konsultation abgeschlossen und der Fall vollständig dokumentiert.

Selbstverständlich gibt es auch andere „Varianten“, eine solche „einfache“ Konsultation zu dokumentieren; das hier vorgestellte Vorgehen kann als praktikabler Vorschlag zur einfachen und speditiven Dokumentation dienen.

## 1.2. Verlaufskontrolle bei Chronischkranken:

Sehr häufig sind in der Arztpraxis die Kontrollen chronischkranker Patienten zu dokumentieren. Meist wird man sich auf das bekannte Problem beschränken und einen Verlaufseintrag dazu erstellen.

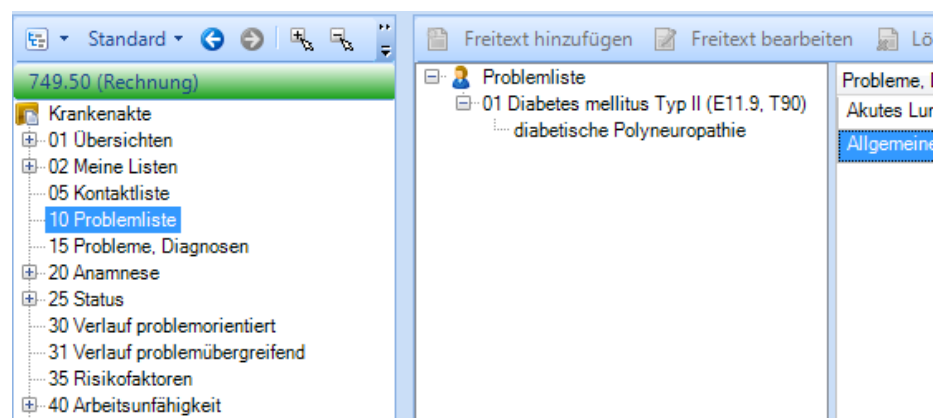
Diese Dokumentation lässt sich in triaMED grossenteils mit den Bildschirmen Übersicht – Problem bzw. Probleme, Diagnosen auf speditive Weise erledigen:

Situation:

Bei Herrn Fuchs ist seit 2007 ein Diabetes mellitus Typ II bekannt. Zur Kontrolle kommt Herr Fuchs alle paar Monate in die Praxis, zusätzlich misst er zu Hause seine BZ-Werte mehr oder weniger regelmässig selber.

Bei Begrüssung des Patienten wird die Problemliste konsultiert; diese sieht so aus:

Problemliste Diabetiker:



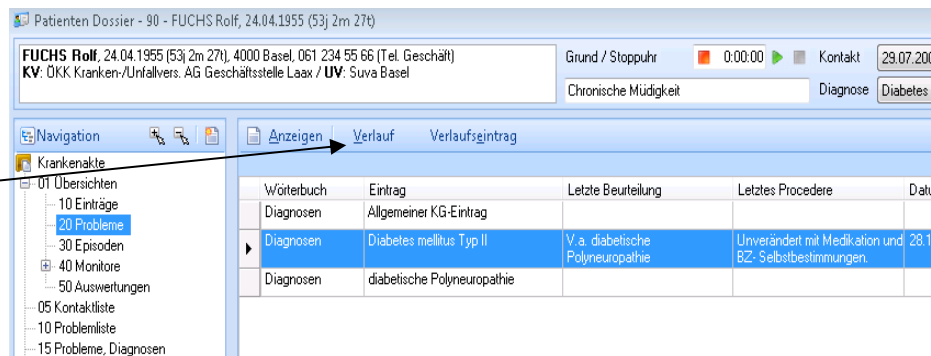
Der Diabetes mellitus Typ II mit Polyneuropathie ist in der Problemliste übersichtlich dargestellt.



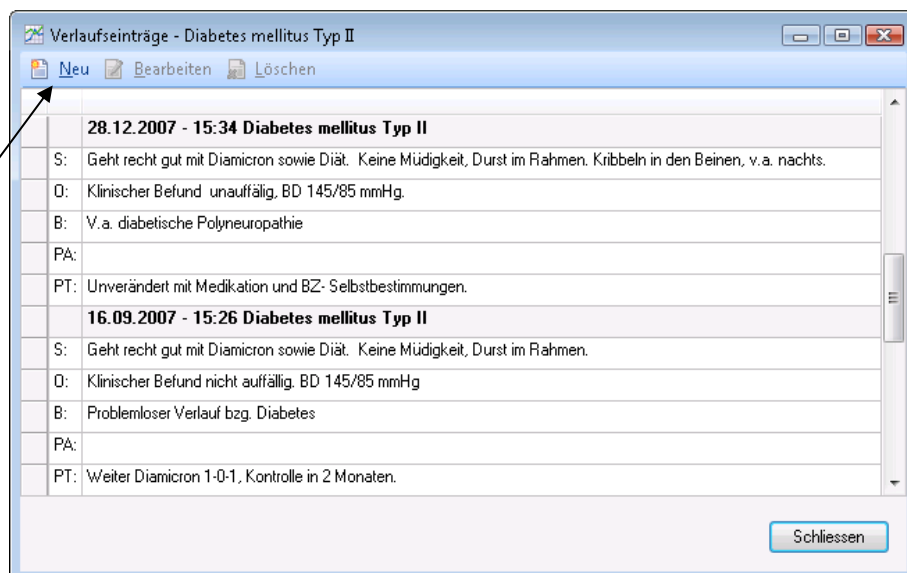
Verlauf ansehen:

Um den bisherigen Verlauf anzusehen klickt man auf „Verlauf“ beim aktuellen Problem unter 01 Übersichten 20 Probleme:

Klick auf  
Übersichten-  
Probleme, Verlauf  
zeigt die letzten  
problemorientierten  
Verlaufseinträge



Neuen  
Verlaufseintrag  
erstellen:

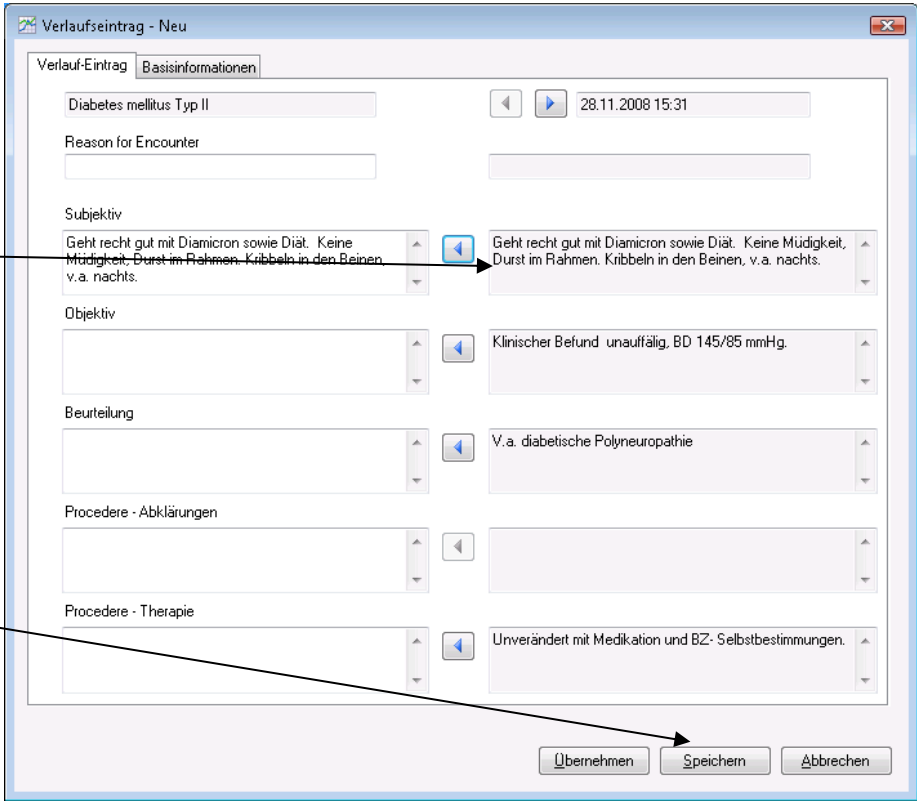


Es kann nun mit „Neu“ ein neuer problemorientierter Verlaufseintrag erstellt werden:

## Verlaufseintrag neu:

Verlaufseinträge der letzten Konsultation sind rechts bereits vorgeladen. Mit Pfeil können sie zur Bearbeitung in das aktuelle Feld links kopiert werden.

Abspeichern des Verlaufseintrages



The screenshot shows the 'Verlaufseintrag - Neu' window. The 'Verlauf-Eintrag' tab is active. The 'Basisinformationen' section includes fields for 'Diabetes mellitus Typ II', 'Reason for Encounter', and a date/time field set to '28.11.2008 15:31'. Below these are sections for 'Subjektiv', 'Objektiv', 'Beurteilung', 'Procedere - Abklärungen', and 'Procedere - Therapie'. Each section has a text input field on the left and a list of pre-filled medical notes on the right. Arrows indicate that text from the right can be copied to the left. At the bottom right are buttons for 'Übernehmen', 'Speichern', and 'Abbrechen'.

Dabei sind die Einträge der letzten Konsultation bereits auf der rechten Seite vorgeladen und können wahlweise nach links kopiert und bearbeitet werden. Mit „Speichern“ wird der Verlaufseintrag abgespeichert.

Anschliessend können Verordnungen gemacht und der Patient wieder einbestellt werden. Somit ist die Verlaufskontrolle bereits dokumentiert.

### 1.3. Die zufällig entdeckte chronische Krankheit

- Bemerkungen** Immer wieder kommt es im Praxisalltag vor, dass anlässlich eines vorerst banal erscheinenden Problems eine ernsthafte, im weiteren Verlauf chronisch fortschreitende Erkrankung zum Vorschein kommt. Die Dokumentation einer solchen Problematik zeigt sich auf eine etwas andere Weise. Im Folgenden wird ein möglicher Weg aufgezeigt, wie die Dokumentation möglichst strukturiert und doch speditiv erfolgen könnte. Selbstverständlich sind auch andere Dokumentationsmöglichkeiten denkbar.
- Situation** Herr Müller Hanspeter, der schon einige Jahre nicht mehr in der Praxis war, meldet sich wegen einer nicht abheilenden eitrigen Wunde im Bereich der linken Fusssohle, die ihm nun das Gehen erschwere. Er bekommt auf den folgenden Tag einen Termin in der Praxis, obwohl die Sprechstunde völlig ausgebucht ist und er „dazwischen-gequetscht“ werden muss. Die weitere Abklärung ergibt einen bisher nicht bemerkten Diabetes mellitus Typ II, bereits mit Folgeschäden, der therapiert und weiterbetreut werden muss.
- Begrüssung, Beschwerdeschilderung:** Herr Müller berichtet, dass er an der linken Fusssohle vor etwa 2 Wochen eine Art „Loch“ entdeckt habe, eigentlich eher zufällig, da eitrige Flüssigkeit abgesondert werde. Die „Schweinerei“ habe ihm Angst eingejagt, v.a. auch, weil sie nicht abheilen wolle. Schmerzen habe er praktisch keine. Die letzten Jahre sei er immer gesund gewesen.
- Öffnung des Patientendossiers:** Die Öffnung des Patientendossiers und die Kontakterstellung erfolgt auf die gleiche Weise, wie unter 1.1 geschildert.
- Probleme, Diagnosen:** Obwohl wir bereits aufgrund der Beschwerdeschilderung den Verdacht auf eine etwas „grössere Geschichte“ haben, entscheiden wir uns aufgrund der übervollen Praxis, vorerst das Problem unter 15-Probleme, Diagnosen, zu erfassen und einen problemorientierten Verlaufseintrag zu erstellen:

Neu Bearbeiten Löschen Verlauf Verlaufseintrag Kontakte KG-Einträge Extras								
Status <b>Aktive</b> Inaktive Abgeschlossene Art <b>Probleme</b> Diagnosen								
Typ	Eintrag	Art	Status	Substatus	Chronisch	Ereignisdatum	Erster Kontakt	
Freitext		Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein	04.06.2008		
Freitext	Allgemeiner KG-Eint	Problem	Aktiv	Defaultproblem	Ja	04.06.2008	04.06.2008	
Freitext	Eitende Fusswunde	Problem	Aktiv	Hauptproblem	Nein	04.06.2008		

## Verlaufseintrag problemorientiert

Wie in 1.1. beschrieben, wird ein problemorientierter Verlaufseintrag erstellt:

The screenshot shows the 'Verlauf-Eintrag' (Course Entry) form with the 'Basisinformationen' (Basic Information) tab selected. The form contains several sections for documenting a medical case:

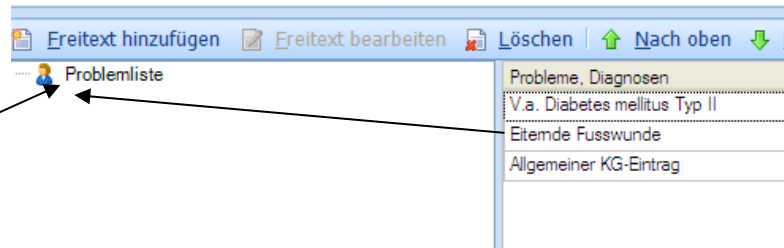
- Itemde Fusswunde**: A text box containing the patient's complaint.
- Reason for Encounter**: A text box for the reason the patient came to the clinic.
- Subjektiv**: A text box for subjective findings, containing the text: 'Seit 2 Wochen eitemde Fusswunde links bemerkt. Keine Schmerzen, subjektiv sonst gesund.'
- Objektiv**: A text box for objective findings, containing the text: 'Ca 2 cm grosses Malum perforans der linken planta pedis, im Bereich MT-II-Gelenk. Aspektmassig bis auf den Knochen reichend.'
- Beurteilung**: A text box for the assessment, containing the text: 'Verdacht auf Malum perforans der linken Fusssohle bei Verdacht auf (frischentdeckten) Diabetes mellitus Typ II.'
- Procedere - Abklärungen**: A text box for the planned investigations, containing a list: '1) Lokale Wundreinigung/ Desinfektion/ Verband', '2) Blutentnahme für ausgedehntes Labor', '3) Am Freitag Röntgen linker Fuss mit der Frage nach ossärer Beteiligung/ Erweiterte Anamnese und klinische Untersuchung'.
- Procedere - Therapie**: A text box for the planned therapy, containing the text: 'Vorerst lokale Wundtherapie. Weitere Abkl. wie oben beschrieben.'

Es erfolgt die lokale Wundbehandlung, dann Auftragserteilung und Blutentnahme durch die MPA, wie unter 1.1 beschrieben. Eine sofortige Bestimmung der Blutglucose hat einen Nüchtern-BZ von 10,2 ergeben.

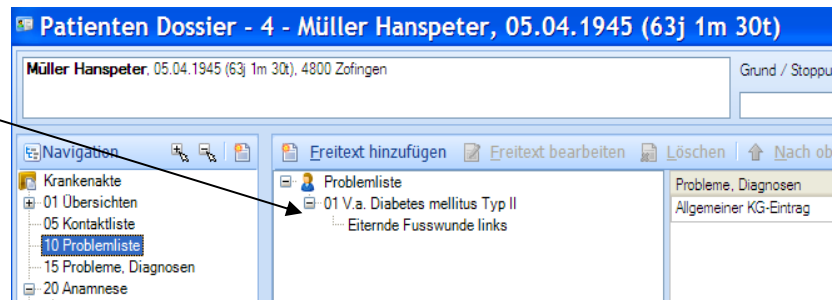
## Problemliste

Je nach Vorliebe kann nun noch in der Problemliste die Problematik mit dem vermuteten neu entdeckten Diabetes in Baumansicht dargestellt werden:

Durch Drag and Drop des Problems/der Diagnose kann dieses zur Problemliste hinzugefügt werden



Darstellung der aktuellen Probleme und Diagnosen in der Problemliste



Folgetermin für erweiterte Abklärungen

Der Patient erhält einen Folgetermin in 2 Tagen zur Besprechung des Labors, für das Röntgen, sowie für eine erweiterte Anamnese- und Befunderhebung. Zusätzlich erfolgt eine „Schnell-Instruktion“ durch die MPA betreffend das Verhalten für die nächsten Tage.

Folgekonsultation nach  
2 Tagen

Es wird nun zunächst eine detaillierte **Familienanamnese erhoben**, die mittels vorliegender strukturierter Liste (mit teilweisen Drop Down – Auswahlmöglichkeiten) speditiv dokumentiert werden kann:

**Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63 1m 30t), 4800 Zofingen** Grund / Stoppuhr

**Navigation**

- Krankenakte
  - 01 Übersichten
  - 05 Kontaktliste
  - 10 Problemliste
  - 15 Probleme, Diagnosen
  - 20 Anamnese
    - 10 Jetziges Leiden
    - 20 Persönliche Anamnese
    - 30 Familienanamnese**
    - 40 Sozialanamnese
    - 50 Gewohnheiten
    - 60 Systemanamnese
    - 70 Allergien Allgemein
    - 80 Allergien Medikamente
  - 25 Status
  - 30 Verlauf problemorientiert
  - 31 Verlauf problemübergreifend
  - 35 Risikofaktoren
  - 40 Arbeitsunfähigkeit
  - 45 Impfungen
  - 50 Diagnostik
  - 55 Therapie
  - 60 Dokumente
  - 65 Notizen
  - 70 Prävention, Vorsorge
  - 75 Aufklärung
  - Administration
    - 80 Personalien
    - 83 Recall
    - 85 Termine
    - 87 Aufgaben
    - 90 Leistungsblätter
    - 93 Mahnungen
    - 95 Rechnungskopien

**Speditive Erfassung der detaillierten Familienanamnese**

**Neu Bearbeiten Löschen Extras**

	N	J	Alter	Eintrag
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern				
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Herzinfarkt Vater
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Vater
Gefässkrankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Thrombosen/Embolien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Varicosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Lungenkrankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Asthma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kein
Tuberculose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Magen-Darmkrankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Nierenkrankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Rheumaleiden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Endokrinologische Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Vater und Mutter ( Typ II)
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Vater
Neoplasien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Brustkrebs Mutter
Neurologische Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Epilepsie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Cerebrale Erkrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Alzheimer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Kein
Nerv-/Gemütskrankungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Blut- und Gerinnungsstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Osteoporose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine
Urogenitale Krankheiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Keine

Anamnese  
vervollständigen

Sodann vervollständigen wir, soweit nötig und praktikabel, die **persönliche Anamnese**:

**Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63 1m 30t), 4800 Zofingen** Grund / Stoppuhr 0:00:00 Kontakt 04.06.2008 13: Diagnose Allgemeiner KG-

**Navigation**

- Krankenakte
  - 01 Übersichten
  - 05 Kontaktliste
  - 10 Problemliste
  - 15 Probleme, Diagnosen
  - 20 Anamnese
    - 10 Jetziges Leiden
    - 20 Persönliche Anamnese
      - 10 Entwicklung
      - 20 Kinderkrankheiten
      - 30 Frühere Krankheit
      - 40 Frühere Unfälle**
      - 50 Frühere Operation
      - 60 Gynäkologisch
      - 65 Urologisch
      - 80 Hospitalisation
      - 30 Familienanamnese

**Erfassen der notwendigen Persönlichen Anamnese**

**Neu Bearbeiten Löschen Extras**

Jahr	Typ	Eintrag	Bemerkungen	H	Spital
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern					
1990	Freitext	Oberschenkelfraktur rechts		<input checked="" type="checkbox"/>	Spital Thun AG

Des Weiteren werden auch **die übrigen Anamnesedaten**, soweit nötig und praktikabel, **vervollständigt**.

Vervollständigen der Anamnese in strukturierter Form

The screenshot displays the triaMED software interface for patient history entry. The patient information header at the top shows: Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63 2m 0t), 4800 Zofingen. The navigation pane on the left lists various medical history categories, with '60 Systemanamnese' highlighted. The main data entry area is divided into two sections: 'Gewohnheiten' (Habits) and 'Systemanamnese' (Systemic History).

**Gewohnheiten (Habits) Data:**

Item	N	P	Eintrag
Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Raucher
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Regelmässig
Medikamentenabusus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kein
Noxen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keine
Drogen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	einseitig (fast food)
Besonderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freitext	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Systemanamnese (Systemic History) Data:**

Item	N	P	Eintrag	Bemerkungen
Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Müdigkeit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine	
Appetit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gut	
Durst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gesteigert	
Gewicht (Selbstmessung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90	
Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diät	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine	
Schwitzen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keines	
Fieber	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gefühlsmässig kein Fieber	
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Einschlafstörungen	
Magenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Miktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



## Statuserhebung

Nun wird ein **zweckmässig-strukturierter Allgemeinstatus** erhoben, wobei pro Organsystem (in den Tabs vorgegeben) die praktikablen Befunde eingegeben werden. Meist stehen schon passende Begriffe zur Auswahl bereit, die dann auf Klick automatisch übernommen werden. Auf diese Weise kann der Status für die spätere Verwendung speditiv dokumentiert werden.

Erheben des Allgemeinstatus in strukturierter Form

Drop Down Auswahl von vorgegebenen Begriffen

## Lokalstatus

Zusätzlich wird der **Lokalstatus separat erfasst**, damit er später in der kumulativen Ansicht über den Zeitverlauf verfolgt werden kann:

Zusätzliches Dokumentieren des Lokalstatus als Freitext

Röntgen dokumentieren

Das inzwischen angefertigte **Röntgen des linken Fusses** hat glücklicherweise keine Mitbeteiligung des Knochens ergeben; es wird unter „Bildgebende Verfahren“ erfasst:

Erfassen des Rx Fuss unter Bildgebende Verfahren; sowohl Freitext wie Wörterbuchauswahl sind möglich

Der Eintrag kann nach Rechtsklick bei Bedarf im Detail bearbeitet werden

Auf dem **Laborblatt**, das vom externen Labor importiert wurde, zeigen sich noch weitere pathologische Befunde:

Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63 2m 0t), 4800 Zofingen

Grund / Stoppuhr 0:00:00 Kontakt

Navigation

- Krankenakte
- 01 Übersichten
- 05 Kontaktliste
- 10 Problemliste
- 15 Probleme, Diagnosen
- 20 Anamnese
- 25 Status
- 30 Verlauf problemorientiert
- 31 Verlauf problemübergreifend
- 35 Risikofaktoren
- 40 Arbeitsunfähigkeit
- 45 Impfungen
- 50 Diagnostik
  - 10 Laborblatt
  - 20 Bildgebende Verfahren
  - 30 Abklärungen
  - 40 Konsilien
- 55 Therapie
- 60 Dokumente
- 65 Notizen
- 70 Prävention, Vorsorge
- 75 Aufklärung
- Administration
- 80 Personalien
- 83 Recall
- 85 Termine
- 87 Aufgaben
- 90 Leistungsblätter
- 93 Mahnungen
- 95 Rechnungskopien

05.06.2008 07:44 - Konsultation

☐ Hämatologie ☒ Chemie ☐ Urindiagnostik ☐ Sonstige ☐ weitere

	N	P	Eintrag	Einheit	Normwerte	Material	Bemerkungen
CRP	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10	mg/l	0-5	Serum/Plasma	
Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6.4	mmol/l	0-5.2	Serum/Plasma	
HDL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0.5	mmol/l	0.8-1.8	Serum/Plasma	
LDL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5.0	mmol/l	1.3-4.9	Serum/Plasma	
Harnsäure	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	540	µmol/l	120-420	Serum/Plasma	
Triglyzeride	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.2	mmol/l	0-2.3	Serum/Plasma	
Glukose nüchtern	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9.2	mmol/l	3.6-6.4	Serum/Plasma	
Glukose postprandial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
HbA1c	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	%	0-7	Gesamtblut	

## Therapie verordnen

Es wird nun eine **medikamentöse Therapie** (nebst diätetischen Massnahmen und Verhaltensschulung) in die Wege geleitet:

## Medikamentenverordnung

Unter 55 Therapie 10 Medikamente wird nun die Medikation erfasst. Dabei sind nach Bedarf detaillierte Angaben möglich.

Abhängig von der Parametrierung können Medikamente im Therapieplan mehrfach erfasst werden. Auf dem Therapieplan kann auch ein „bis Datum“ erfasst werden. Interaktionsprüfung, Reports, Übersichts-, Berichtfelder und Reichweitschirm berücksichtigen dies.

Erfassen des Antidiabeticums aus dem dem TriaMed Index

Erfassen von Dosierung und Einnahmemodus

Kennzeichnung als (vorläufiges) Dauermedikament

Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Verknüpfung zur „zuständigen“ Diagnose

Überprüfung der Verknüpfung zum ausführenden und verantwortlichen Arzt (wichtig bei Tätigkeit von Assistenzärzten)

Die Medikamentenerfassung kann selbstverständlich auch mittels der Schnelleingabezeile gemacht werden.

Die verordneten Medikamente sind auf der Medikamentenliste erfasst:

Typ	Bezeichnung	M	M	A	N	Bemerkungen	Ab Datum	Bis Datum	Tage	D	A	R	V	Verordnun	Abgabe	Dok	AA	VA
Produkt	Danon Tabl 5 mg	1	1	1			22.11.2012											
Produkt	Marcoumar Tabl 3 mg					gemäss Schema	01.02.2004											
Produkt	BACTRIM forte Tabl 800/160mg	1	1	1			23.11.2012											
Produkt	CAPTOSOL Tabl 50 mg	1	1	1			05.05.2013	13.05.2013	7									
Produkt	Dafalgan Tabl 500 mg	1	1	1			15.11.2012											
Produkt	OTRIVIN SCHNUPFEN Dosierspray 0.1 %	1	1	1			22.11.2012											
Produkt	ALGIFOR L FORTE Filmtabl 400 mg					bei Schmerzen	20.08.2012											
Produkt	Valium Tabl 10 mg					vor dem Schlafen	11.01.2011											

Kennzeichnung als Dauermedikament (A = Anti-koagulans, R= Reserve-medikament)

AA = ausführender Arzt  
VA = verordnender Arzt

Behandlungen:

Es werden begleitend **weitere Massnahmen** (sportliche Betätigung, Ernährungsberatung, Wundpflege durch die Spitex) verordnet und dokumentiert:

Strukturiertes Dokumentieren von weiteren Behandlungen

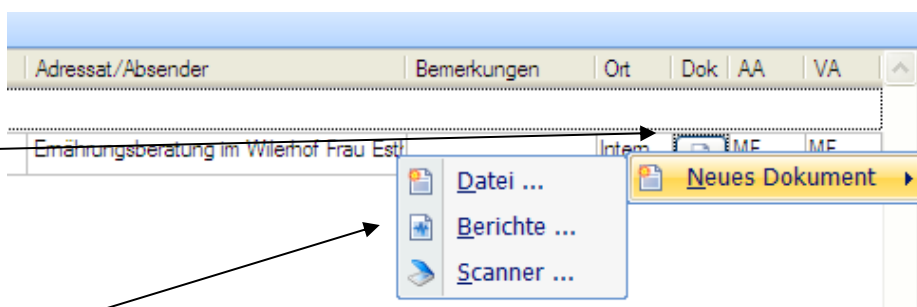
Dokument erstellen

Weiterhin wird die Ernährungsberatung mittels Formular angemeldet; die Anmeldung kann direkt während der Konsultation oder später erfolgen.

Anmeldung zur Ernährungsberatung (Dokument – Neu)

Durch Klick auf Dok kann nun ein **neuer Bericht** erstellt werden:

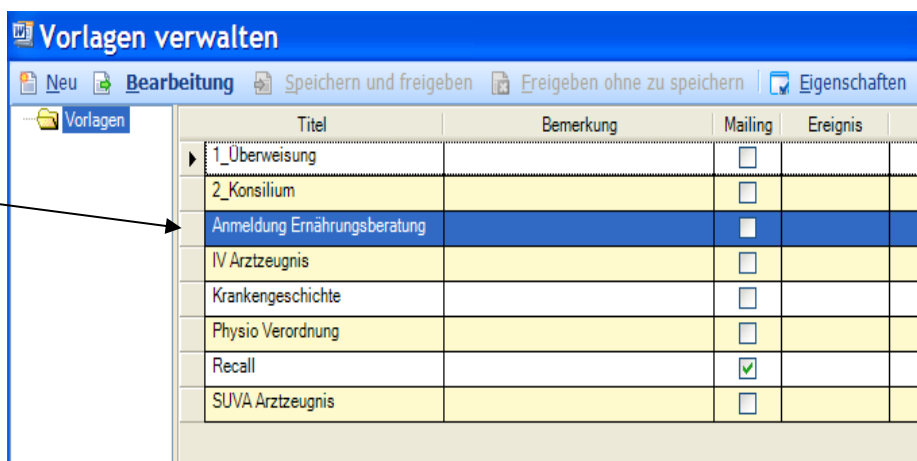
Klick auf „Dok“ öffnet Kontextmenu zum Erstellen neuer Berichte oder zum Anhängen von Dateien oder gescannten Dokumenten



„Berichte“ auswählen

Jetzt wählen wir die Berichtsvorlage aus:

Auswahl der gewünschten Vorlage



Vorlagen

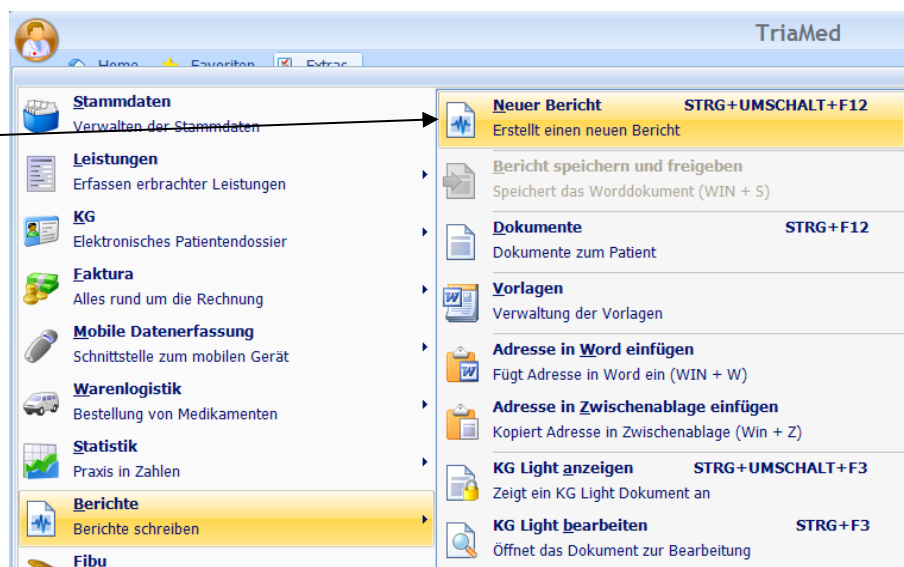
Vorlagen können jederzeit bearbeitet oder neu hinzugefügt werden. Alternativ kann die Vorlagenauswahl auch über das Hauptmenu erfolgen; aber Achtung

**Zu beachten:** Das so erstellte Dokument wird als „Archiv“-Dokument gekennzeichnet und von der KG als extern registriert. Betreff und Adressat werden nicht automatisch eingetragen.

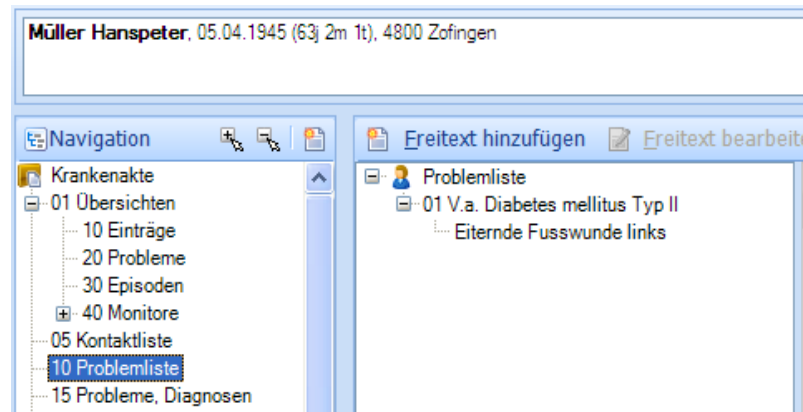
Tipp:

Deshalb **empfiehlt es sich grundsätzlich, die eigenen Briefe und Berichte aus der KG (Patientendossier) heraus zu erstellen**

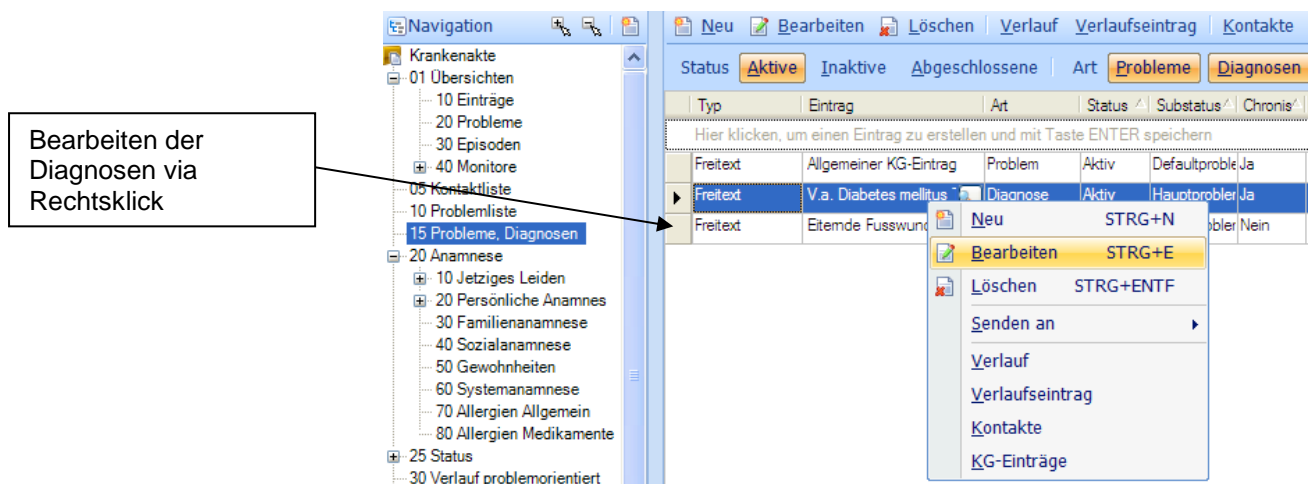
Erstellen eines neuen Berichtes über das Hauptmenu



- Bericht erstellen** Der Bericht wird entweder durch den Arzt selbst oder durch die MPA verfasst und dann verschickt.
- Folgetermin vereinbaren** Der Patient erhält wiederum einen nächsten Termin zur Kontrolle des Lokalstatus sowie des Verlaufs bezüglich des neuentdeckten Diabetes.
- Problemliste nachführen** Zum Schluss wird durch den Arzt die Problemliste aktualisiert; die nach der ersten Konsultation angelegte vorläufige Problemliste präsentiert sich aktuell noch so:



Wir gehen auf 15 Probleme, Diagnosen, und bearbeiten die Diagnose:

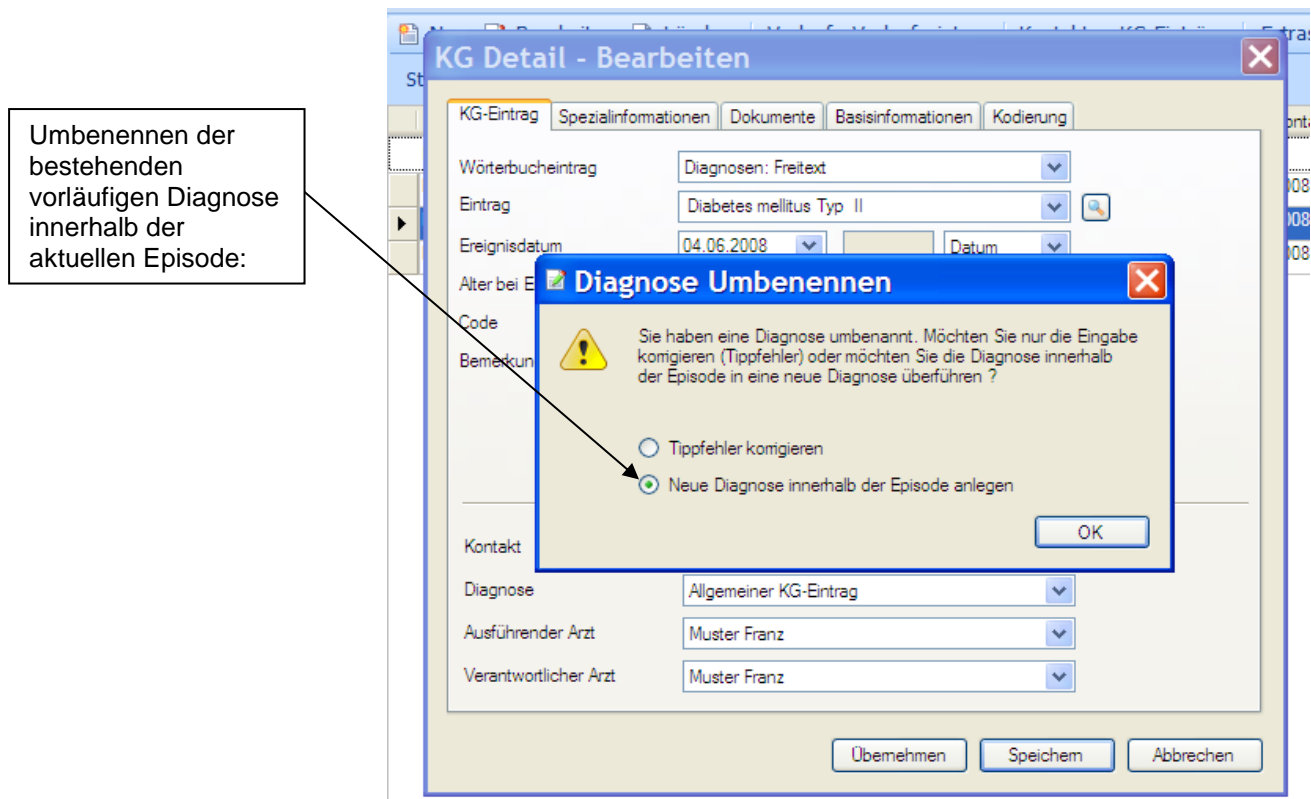


## Diagnose umbenennen

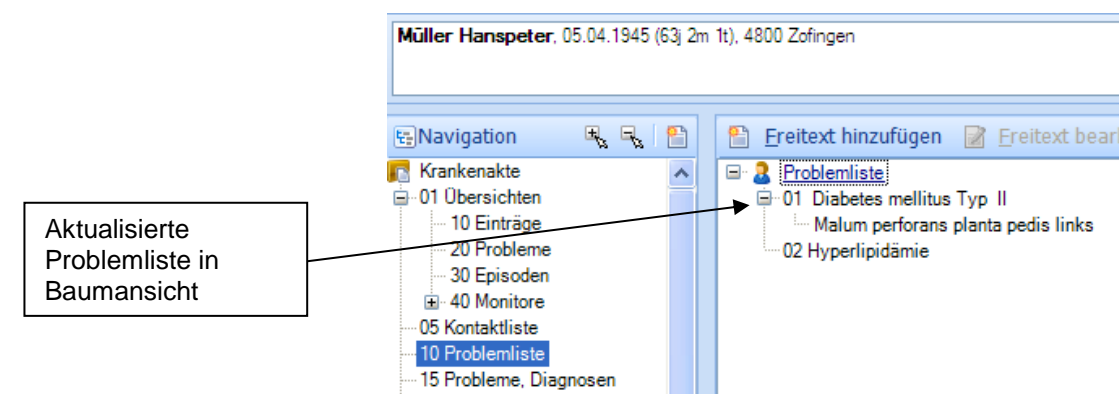
Beim Bearbeiten bzw. Umbenennen der Diagnose kommt die Abfrage, ob nur ein Tippfehler korrigiert werden soll, oder ob die Diagnose innerhalb der gleichen Episode umbenannt werden soll.

Alle Umbenennungen werden historisiert, so dass zu jedem Zeitpunkt der damals verwendete Problemname ersichtlich ist.

In diesem Falle wählen wir das letztere:



Somit kann die Problemliste in Baumansicht durch Drag and Drop (vgl. Problemliste) aktualisiert werden und präsentiert sich anschliessend so:





## Hauptübersicht

Zurück auf der Hauptübersicht sehen wir nun auf einen Blick die wesentlichen Daten zum Patienten:

**Patienten Dossier - 4 - Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63j 2m 1t)**

Müller Hanspeter, 05.04.1945 (63j 2m 1t), 4800 Zofingen

Grund / Stoppuhr: 0:00:00 Kontakt: 06.06.2008 13:53 - Konsultation

Diagnose: Allgemeiner KG-Eintrag

<b>Navigation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontaktkarte</li> <li>01 Übersichten</li> <li>05 Kontaktkarte</li> <li>10 Problemliste</li> <li>15 Probleme, Diagnosen</li> <li>20 Anamnese</li> <li>25 Status</li> <li>30 Verlauf problemorientiert</li> <li>31 Verlauf problemübergreifend</li> <li>35 Risikofaktoren</li> <li>40 Arbeitsunfähigkeit</li> <li>45 Impfungen</li> <li>50 Diagnostik</li> <li>55 Therapie</li> <li>60 Dokumente</li> <li>65 Notizen</li> <li>70 Prävention, Vorsorge</li> <li>75 Aufklärung</li> <li>Administration</li> <li>80 Personalien</li> <li>83 Recall</li> <li>85 Termine</li> <li>87 Aufgaben</li> <li>90 Leistungsblätter</li> <li>93 Mahnungen</li> <li>95 Rechnungskopien</li> </ul>	<b>Diagnosenliste - Chronisch/Aktiv</b> Diabetes mellitus Typ II Hyperlipidämie	<b>Dauermittelmedikamente/Antikoagulation</b> Diamicron MR Tabl 30 mg (1 - 0 - 0)	<b>Allergien - Unverträglichkeiten</b>
	<b>Problemliste - Chronisch/Aktiv</b> Allgemeiner KG-Eintrag Malum perforans plantae pedis links	<b>Übrige Medikamente</b> Betadine Lösung standardisiert Lös	<b>Cave</b>
	<b>Risikofaktoren</b> Gewicht BMI: 33.66 Nikotin: Raucher Alkohol: Regelmässig Ernährung: einseitig (fast food)	<b>Reserve Medikamente</b>	<b>Labor</b> 05.06.2008 C-reaktives Protein ** 10 mg/l 05.06.2008 Cholesterin ** 6.4 mmol/l 05.06.2008 HDL-Cholesterin ** 0.5 mmol/l 05.06.2008 LDL-Cholesterin ** 5.0 mmol/l 05.06.2008 Harnsäure (Urat) ** 540 µmol/l 05.06.2008 Triglyzeride 2.2 mmol/l 05.06.2008 Glukose nüchtern 9.2 mmol/l 05.06.2008 Hämoglobin A1c 10 %
	<b>Persönliche Anamnese</b> 1990 Oberschenkelfraktur rechts	<b>Übrige Therapie</b> Diätberatung: angemeldet Frau Döbel, Zofingen Sportliches Training: empfohlen Spitex: Ja, regelmässige Wundpflege	<b>Übrige Diagnostik</b> 05.06.2008 Röntgen Fuss

Benutzer: Muster Franz (MF) Mandant: Muster Franz Freitag, 6. Juni 2008 14:02:54

Die Dokumentation des Falles ist damit vorläufig abgeschlossen.

## 1.4. Die Dokumentation bei polymorbiden Patienten

### Bemerkungen:

Ein grosser Teil der täglichen Arbeit des praktizierenden Arztes wird durch die Betreuung von polymorbiden, meist älteren Patienten eingenommen. Im Laufe der Jahre sammeln sich Probleme und Diagnosen zu einem vielfach unübersichtlichen Haufen an; die Papierkrankengeschichte muss dann meistens auf 2-3 dicke Dossiers verteilt werden, und eine Übersicht über sämtliche wichtigen Probleme des Patienten und die bereits durchgeführten Massnahmen (Behandlungen, verordnete Medikamente und dergleichen) ist kaum mehr gewährleistet. **Gerade hier kann die elektronische Krankengeschichte ihre Stärken ausspielen:** die Problemliste ist (wenn nachgeführt) übersichtlich, auf der KG-Übersicht sind die wichtigsten Daten auf einen Blick ersichtlich. Die häufig immer wiederkehrenden Einträge gleicher Art können, sofern nicht schon strukturiert vorgegeben, als Freitextbausteine erfasst und automatisiert verwendet werden. Wiederholt nötige Verordnungen, Überweisungen und sonstige schriftlichen Aufgaben können ebenfalls in hohem Masse automatisiert erfolgen.

### Situation

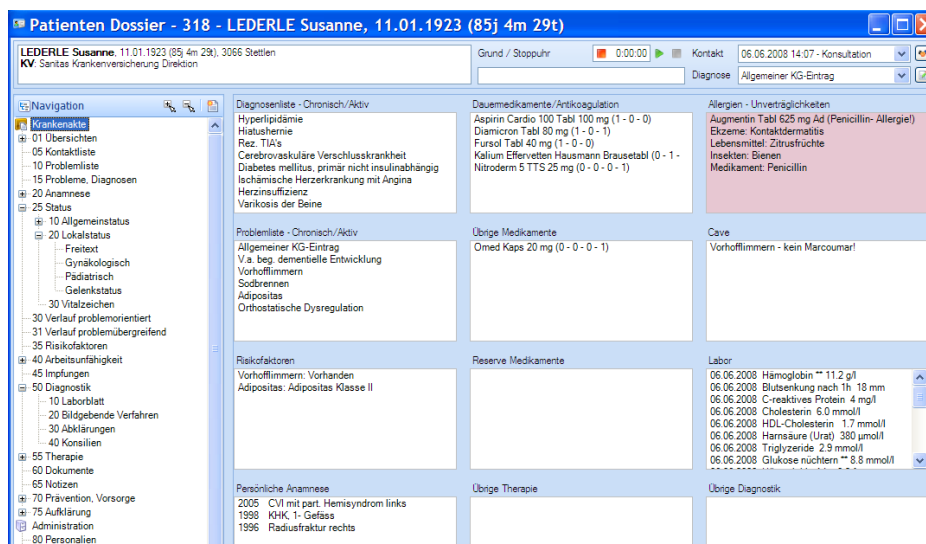
Frau Lederle Susanne, eine betagte multimorbide Patientin, kommt zur „Routine- Kontrolle“ in die Praxis. Sie fühlt sich den Umständen entsprechend wohl, abgesehen von vereinzelt auftretenden Schwindelanfällen; sie nimmt regelmässig ihre Medikation, die sie gut verträgt. Den Blutzucker misst sie sich 3 x pro Woche selber. Sie ist an einem Stock mobil, trotz einer leichten Lähmung der rechten Körperseite.

### Begrüssung, Anamnese

Die Zwischenanamnese ergibt, ausser den bereits bekannten Problemen, zunehmend morgendliche Schwindelanfälle (v.a. nach dem Aufstehen und vor dem Mittag). Die Blutzucker-Eigenmessungen (Kontrolle des Patientenbüchleins) zeigen morgendlich rezidivierende Hypoglykämien von bis zu 3.2 mmol (vor dem Morgenessen).

### Patientendossier:

Die **KG-Übersicht** zeigt uns auf einen Blick die vielschichtigen Probleme der Patientin:



**Patienten Dossier - 318 - LEDERLE Susanne, 11.01.1923 (85j 4m 29t)**

LEDERLE Susanne, 11.01.1923 (85j 4m 29t), 3066 Stetten  
KV: Santas Krankenversicherung Direktion

Grund / Stoppuhr: 0:00:00 Kontakt: 06.06.2008 14:07 - Konsultation  
Diagnose: Allgemeiner KG-Eintrag

**Navigation:**

- Krankheitsakte
  - 01 Übersichten
  - 05 Kontaktliste
  - 10 Problemliste
  - 15 Probleme, Diagnosen
  - 20 Anamnese
  - 25 Status
  - 30 Vitalzeichen
  - 31 Verlauf problemorientiert
  - 35 Risikofaktoren
  - 40 Arbeitsunfähigkeit
  - 45 Impfungen
  - 50 Diagnostik
    - 10 Laborblatt
    - 20 Bildgebende Verfahren
    - 30 Abklärungen
    - 40 Konsilien
  - 55 Therapie
  - 60 Dokumente
  - 65 Notizen
  - 70 Prävention, Vorsorge
  - 75 Aufklärung
  - Administration
  - 80 Personalien

**Diagnosenliste - Chronisch/Aktiv**

- Hyperlipidämie
- Hiatushernie
- Rez. TIA's
- Cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig
- Ischämische Herzerkrankung mit Angina
- Herzinsuffizienz
- Vaskulose der Beine

**Problemiste - Chronisch/Aktiv**

- Allgemeiner KG-Eintrag
- V.a. beg. dementielle Entwicklung
- Vorhofflimmern
- Sodbrennen
- Adipositas
- Orthostatische Dysregulation

**Risikofaktoren:**

- Vorhofflimmern: Vorhanden
- Adipositas: Adipositas Klasse II

**Persönliche Anamnese**

- 2005 CVI mit part. Hemisymphon links
- 1998 KHK, 1. Gefäss
- 1996 Radiusfraktur rechts

**Dauermedikamente/Antikoagulation**

- Aspirin Cardio 100 Tabl 100 mg (1 - 0 - 0)
- Diamicon Tabl 80 mg (1 - 0 - 1)
- Fursol Tabl 40 mg (1 - 0 - 0)
- Kalium Efferveten Hausmann Brausetabl (0 - 1 - 1)
- Nitroderm 5 TTS 25 mg (0 - 0 - 1)

**Ubrige Medikamente**

- Omed Kaps 20 mg (0 - 0 - 1)

**Reserve Medikamente**

- 

**Ubrige Therapie**

- 

**Allergien - Unverträglichkeiten**

- Augmentin Tabl 625 mg Ad (Penicillin- Allergie!)
- Ekzeme: Kontaktdermatitis
- Lebensmittel: Zitrusfrüchte
- Insekten: Bienen
- Medikament: Penicillin

**Cave**

- Vorhofflimmern - kein Marcoumar!

**Labor**

- 06.06.2008 Hämoglobin \*\* 11.2 g/l
- 06.06.2008 Blutsenkung nach 1h 18 mm
- 06.06.2008 C-reaktives Protein 4 mg/l
- 06.06.2008 Cholesterin 6.0 mmol/l
- 06.06.2008 HDL-Cholesterin 1.7 mmol/l
- 06.06.2008 Harnsäure (Urat) 380 µmol/l
- 06.06.2008 Triglyzeride 2.9 mmol/l
- 06.06.2008 Glukose nüchtern \*\* 8.8 mmol/l

Wir sehen u.a. die reichhaltige Diagnosenliste, die Dauermedikation, das letzte Labor sowie die Allergien. Unter CAVE ist vermerkt, dass die Patientin trotz ihres Vorhofflimmerns nicht mit Marcoumar oral antikoaguliert werden sollte.

## Problemliste

Die Problemliste ist übersichtlich nachgeführt und präsentiert sich folgendermassen:

Übersichtlich nachgeführte Problemliste der multimorbiden Patientin in Baumansicht

Navigation: Krankenakte, 01 Übersichten, 05 Kontaktliste, 10 Problemliste, 15 Probleme, Diagnosen, 20 Anamnese, 25 Status, 10 Allgemeinstatus, 20 Lokalstatus, Freitext, Gynäkologisch, Pädiatrisch, Gelenkstatus, 30 Vitalzeichen, 30 Verlauf problemorientiert, 31 Verlauf problemübergreifend, 35 Risikofaktoren.

Problemliste:

- 01 Ischämische Herzerkrankung mit Angina
  - Herzinsuffizienz
  - Orthostatische Dysregulation
  - Vorhofflimmern
- 02 Cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit
  - Rez. TIA's
- 03 Diabetes mellitus, primär nicht insulinabhängig
- 04 Hyperlipidämie
- 05 Adipositas
- 06 Hiatushernie
  - Sodbrennen
- 07 Varikosis der Beine
- 08 V.a. beg. dementielle Entwicklung

## Probleme Detailansicht

Die Kontrolle der Detailinträge der Medizinischen Probleme ergibt die folgende Liste; die Liste gibt jeder Episode den Namen. Der Name ist ein Problem oder Diagnose; jeder KG-Eintrag ist mit einer Episode verknüpft - es ist auf einen Blick ersichtlich, welches Problem wann aktiv wurde:

Navigation: Krankenakte, 01 Übersichten, 05 Kontaktliste, 10 Problemliste, 15 Probleme, Diagnosen, 20 Anamnese, 25 Status, 10 Allgemeinstatus, 20 Lokalstatus, Freitext, Gynäkologisch, Pädiatrisch, Gelenkstatus, 30 Vitalzeichen, 30 Verlauf problemorientiert, 31 Verlauf problemübergreifend, 35 Risikofaktoren, 40 Arbeitsunfähigkeit, 45 Impfungen, 50 Diagnostik, 10 Laborblatt, 20 Bildgebende Verfahren, 30 Abklärungen, 40 Konsilien, 55 Therapie.

Status	Aktive	Inaktive	Abgeschlossene	Art	Probleme	Diagnosen
Typ	Eintrag	Art	Status	Substatus	Chronisch	Ereignisdatum
Hier klicken, um einen Eintrag zu erstellen und mit Taste ENTER speichern						
Freitext	Allgemeiner KG-Problem	Aktiv	Defaultprobl	Ja	06.06.2008	
Freitext	Vorhofflimmern	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Ja	06.05.2000
Freitext	Cerebrovaskuläre	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja	02.04.2005
Freitext	Rez. TIA's	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja	03.09.2007
Freitext	V.a. beg. demer	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Ja	06.06.2008
Wörterbuch	Adipositas	Problem	Aktiv	Hauptprobl	Ja	06.06.1995
Wörterbuch	Herzinsuffizienz	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja	02.06.1999
Wörterbuch	Ischämische He	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja	06.07.1998
Wörterbuch	Diabetes mellitu	Diagnose	Aktiv	Hauptprobl	Ja	06.06.1995
Wörterbuch	Sodbrennen	Problem	Aktiv	Interkurent	Ja	06.12.2003
Wörterbuch	Varikosis der Be	Diagnose	Aktiv	Nebenprobl	Ja	04.03.2006
Freitext	Hiatushernie	Diagnose	Aktiv	Nebenprobl	Ja	06.12.2004
Freitext	Hyperlipidämie	Diagnose	Aktiv	Nebenprobl	Ja	06.05.2000
Wörterbuch	Orthostatische	Problem	Aktiv	Interkurent	ein	06.06.2008

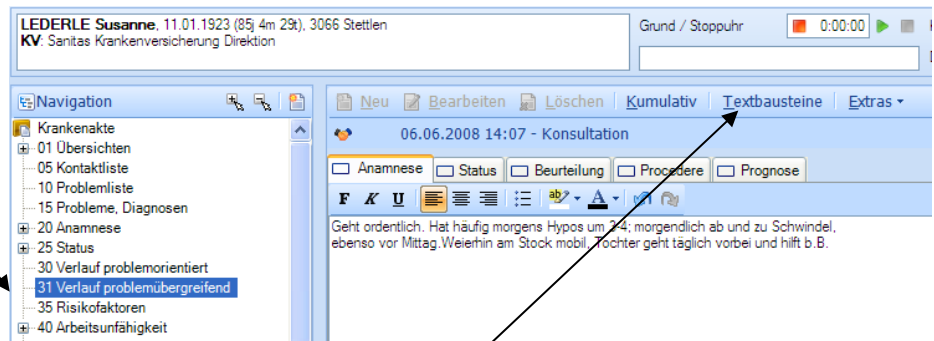
## Episode Abschluss

Die Episode wird automatisch nach 6 Monaten ohne partiellen Kontakt abgeschlossen.

Verlauf problemübergreifend

In diesem Fall mit vielschichtiger klinischer Problematik dürfte die speditivste Art der Dokumentation (bei einer Routinekontrolle) mit dem problemübergreifenden Verlaufseintrag erfolgen:

Problemübergreifender Verlaufseintrag als naheliegende Dokumentation bei multimorbiden Patienten

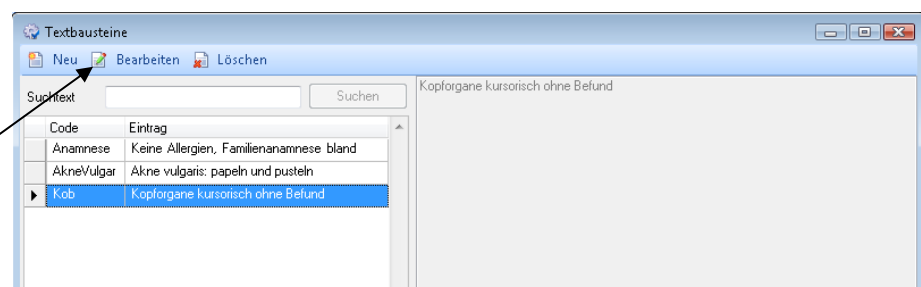


Es können eigene Textbausteine definiert werden

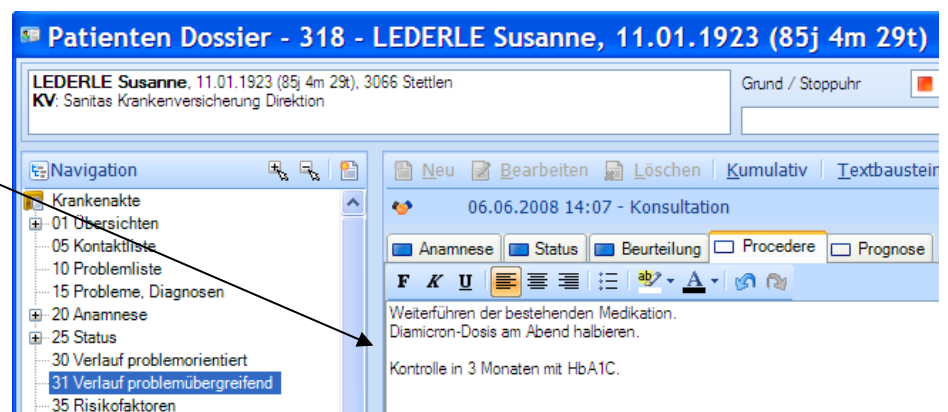
Textbausteine

Hier erfolgen die Einträge mittels Freitext, der nach Wunsch aus Textbausteinen zusammengesetzt werden kann.

Erstellen und Bearbeitung von Textbausteinen



Eintrag Procedere, teilweise mit Textbausteinen



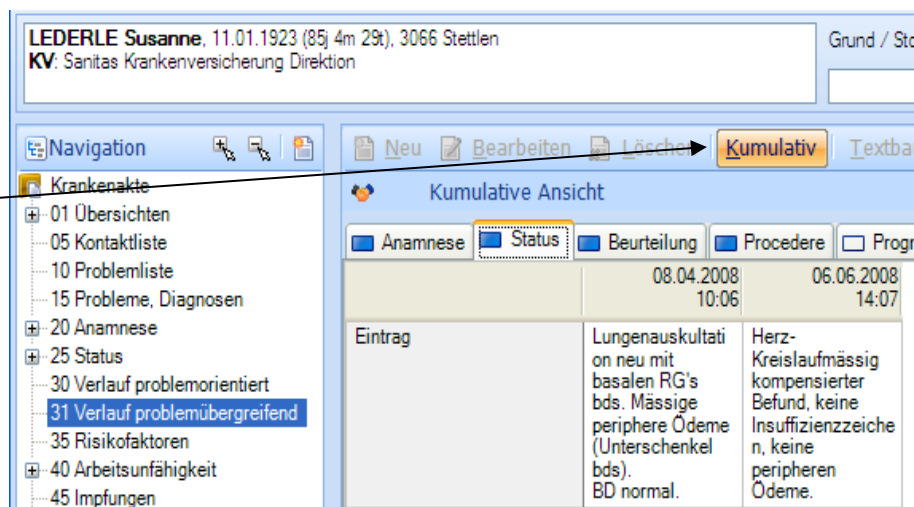
Indirekter Auftrag

Auf diese Weise sieht auch die MPA vorne am Empfang, wann die Patientin wieder terminiert werden muss, mit welchen Laboruntersuchungen. Es kann hier also auf das Auftragsblatt verzichtet werden (indirekter Auftrag über den Procedere- Eintrag).

## Kumulativansicht

Die Einträge können geordnet nach Anamnese, Status, Beurteilung etc. über die Zeit kumulativ dargestellt werden:

Kumulativ- Ansicht  
des problem-  
übergreifenden  
Verlaufes



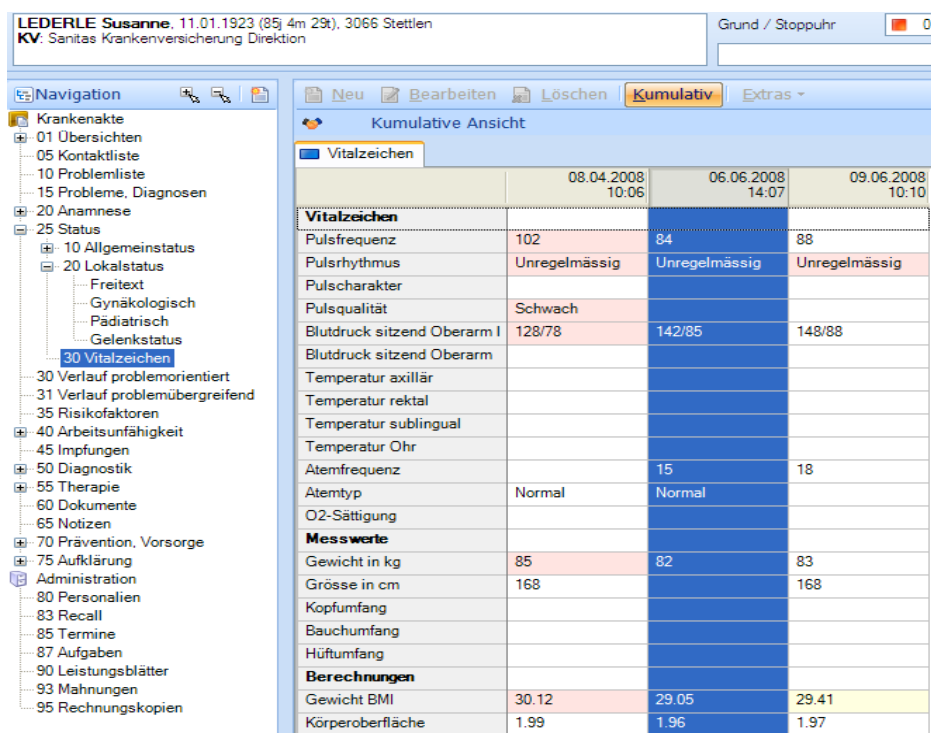
## Druck Kumulativansicht:

Die Kumulativansichten können auch ausgedruckt werden (z.B. um die letzten Verläufe auf den Besuch des Altersheimes mitzunehmen)

Bei multimorbiden Patienten wird man wahrscheinlich nur ab und zu bzw. je nach klinischem Befund einen detaillierten, strukturierten Körperstatus erheben, der dann unter 25 Status 10 Allgemeinstatus erfolgen kann.

## Vitalzeichen kumulativ

Sog. Vitalzeichen sollten zur besseren Übersicht unter 25 Status - 30 Vitalzeichen eingegeben werden, damit man mit der Kumulativansicht einen guten Überblick über die Werte hat:



Im Verlaufseintrag wird man jeweils eine diesbezügliche kurze Bemerkung hinterlegen, wie z.B. „Blutdruck normal“.