

triaMED Handbuch  
triaMED KG  
Medizinische Dokumentation

06.03.2018

## Inhaltsverzeichnis

---

Inhaltsverzeichnis	2
1. Medizinische Dokumentation	3
1.1. Allgemeines .....	3
1.2. Problemliste .....	4
1.3. Episodes of Care .....	5

# 1. Medizinische Dokumentation

---

## 1.1. Allgemeines

### KG und Diagnostik

Der Arzt versucht mit Hilfe einer Diagnose subjektive Beschwerden und objektive Befunde eines Patienten einzuordnen um daraus in erster Linie Hinweise für sein weiteres Handeln zu erhalten. Das Erarbeiten einer Diagnose bezeichnet man als Diagnostik. Die Dokumentation erfolgt in der Krankengeschichte.

### Krankengeschichte

In der Krankengeschichte, kurz KG, beschreibt der Arzt den gegenwärtigen und früheren Gesundheitszustand des Patienten und analysiert seine Krankheit in diagnostischer und prognostischer Hinsicht. In aufeinander folgenden Einträgen hält er den Krankheitsverlauf, Meinungen der Konsiliarii, Resultate von diagnostischen Maßnahmen, das weitere Vorgehen und das Ansprechen des Patienten auf die Behandlung fest. Diese Information wird von all denen gebraucht, die den Patienten derzeit und in Zukunft betreuen. Die Einträge sollen sachlich sein, genaue Beschreibungen liefern und keine moralischen Urteile enthalten.

Jede schriftliche Bemerkung sollte sorgfältig überlegt sein. Zum Nutzen später behandelnder Ärzte sollte die Krankengeschichte ein klares Bild des Patienten und seiner Krankheit geben. Die Sätze müssen vollständig sein und Abkürzungen sollen nur spärlich gebraucht werden, da sie leicht falsch interpretiert werden oder mit der Zeit unverständlich und hinfällig werden. Vertraulich erhobene Informationen müssen unbedingt zurückhaltend behandelt werden, weil die Krankengeschichte juristisch ein öffentliches Dokument darstellt. Die Einträge sollen sachlich sein, genaue Beschreibungen liefern und keine moralischen Urteile enthalten.



04-triaMED-kg.docx

## 1.2. Problemliste

### Medizinisches Problem

Die Beziehung zwischen Patient und Arzt ist asymmetrisch, jeder hat darin seine Rolle. Der Patient hat ein mehr oder weniger klares Gesundheitsproblem oder mehrere Probleme, mit denen er zum Fachmann/ zur Fachfrau geht in der Hoffnung, dass sie gelöst werden und er wieder gesund wird. Die Aufgabe des Arztes besteht zunächst darin, die Probleme seines Patienten zu erkennen und zu strukturieren. Dann bildet er aufgrund seiner Kenntnisse Arbeitshypothesen, fällt therapeutische Entscheide und führt sie durch. Schließlich verfolgt er den Verlauf, bildet allenfalls neue Hypothesen und fällt neue Entscheide. Alles geschieht in einem iterativen Prozess auf unvollkommene Weise und ohne letzte Sicherheit, solange der Patient am Leben ist. Der Patient ist also ein Problemträger und sein Arzt sein 'Problemlöser' nach bestem Wissen und Gewissen.

Bei der problemorientierten Krankengeschichte ist das zentrale Element die so genannte [Problemliste](#). Die Diagnosen und Probleme werden nach ihrer Bedeutung für den Patienten in einer Liste hierarchisch gegliedert. Alle Patienteninformationen werden im Sinne von Mustern (Patterns) zu 'Problemen' zusammengefasst. Im Laufe des diagnostischen Prozesses werden diese Angaben zu eigentlichen Diagnosen präzisiert, andere bleiben als Problem stehen.

### Problemliste

Die [Problemliste](#) besteht aus zwei Spalten. Links sind die aktuellen Diagnosen und Probleme des Patienten aufgeführt, rechts die Daten, welche diese Begründen.

- Die Diagnosen und Probleme werden nach ihrer Bedeutung für den Patienten hierarchisch gegliedert und nummeriert. Nicht mehr aktuelle Probleme und Nebendiagnosen werden als inaktiv bezeichnet und folgen zuunterst.
- Die begründenden Primärdaten stehen logisch gruppiert unterhalb der einzelnen Diagnosen und Probleme und enthalten relevante anamnestiche und klinische Zusatzinformationen.

### Gruppierung

Im praktischen Alltag sind Probleme häufig miteinander verknüpft oder komplex untereinander vernetzt. Oft handelt es sich um ganze Regelkreise, in denen ein Problem das andere beeinflusst. Eine lineare Darstellung ist dann nicht ideal. Zusammengehörige Probleme werden in diesen Fällen zusammen dargestellt.

### 1.3. Episodes of Care

Behandlungseinheiten	Die problemorientierte Führung der Krankengeschichte stösst in gewissen Bereichen an Grenzen. Bei langen Patientendossiers verliert der Anwender die Übersicht, auch die Anforderungen des Managed Care können nur unbefriedigend abgebildet werden. Für vergleichbare Analysen von Patientenbehandlungen bezüglich Kosten und Qualität müssen die Daten im Patientendossier zusätzlich organisatorisch, zeitlich und inhaltlich gegliedert werden können. Die Behandlungsfälle, wie sie in der Praxis wirtschaftlich anfallen, müssen von der Krankheitsepisode unterschieden werden können, wie sie beim Patienten von Beginn bis zur Heilung eines Gesundheitsproblems abläuft.
Episode of Care	Die Episode ist die Zeitperiode der Dauer eines Gesundheitsproblems, gemessen vom ersten bis zum letzten Kontakt zwischen Patient und Leistungserbringern (Ausführender Arzt). Eine Episode beinhaltet alle Informationen zu einem einzelnen Gesundheitsproblem, die über einen definierten Zeitraum während allen Kontakten im Patientendossier erfasst werden. Eine Episode umfasst ein Gesundheitsproblem bei einem Patienten über die ganze Zeitperiode von der Entstehung bis zur Lösung. Die Dokumentation innerhalb dem einzelnen Kontakt erfolgt pro Episode nach dem SOAP-Prinzip. Exacerabationen und Komplikationen einer Episode werden in eigenen Episoden dargestellt.  Alle medizinischen Daten - inklusive allen verordneten Leistungen wie Medikamente, Physiotherapie, Labor, Konsilien, Hospitalisationen - die zu einer Episode gehören, sind mit dem Problem verknüpft.
Episodenliste	Alle Episoden eines Patienten sind in einer Episoden-Liste aufgeführt, wobei abgeschlossene Episoden ausgeblendet werden können.
Kontakt	Die kleinste organisatorische Einheit des Informationssystems, die auf der Zeitachse zur Dokumentation sinnvoll ist, ist der Kontakt zwischen einem Leistungserbringer und einem Patienten. Es werden verschiedene Kontakttypen unterschieden: Konsultation, Hausbesuch, Spitalbesuch, Telefonische Konsultation, Telefonische Auskunft, Telefon Drittperson, Aktenstudium, Medikamentenabgabe, Dokumentation diagnostischer und therapeutischer Massnahmen und weitere. Die Kontakte ergeben in ihrer Gesamtheit die primär chronologische Reihenfolge der Einträge eines Patienten.
Reason for Encounter	Für jede Episode kann pro Kontakt der Grund aus Sicht des Patienten erfasst werden.