

Übersicht und Einführung

- Basisdokumentation
 - Konzept
 - Implementierung im MedInfSys
 - Basisdokumentation und verteilte IS
- Gesundheitskarte
 - Ziele und Konzeption des BMGS
 - Notfalldaten
- Interoperabilität

Basisdokumentation =

- **Standardisierte Minimal-Dokumentation**
(in diesem Sinne hinsichtlich Strukturierung und Formalisierung)
eines (im übergreifenderen Kontext relevanten)
Teilausschnittes der fachspezifischen
Gesamtdokumentation
- **Horizontale Dokumentation**
 - für viele Patienten bzw. Fälle wenige
wichtige Merkmale identisch
dokumentiert

Ziele der Basisdokumentation

- **Primärer Verwendungszusammenhang: abteilungs- / institutionsübergreifende**
 - Vergleichbarkeit von Fällen
 - Auswertbarkeit und Bildung von Kollektiven
 - Inhaltsbezogene Zugreifbarmachung von Krankenunterlagen
 - Kommunizierbarkeit und Ergänzzbarkeit
 - Schneller Überblick über wichtigste medizinische Aspekte der Vorgeschichte/aktuellen Situation eines Patienten
- **Sekundäre Verwendungszusammenhänge wie z.B.**
 - Unterstützung der Abrechnung
 - Unterstützung der Arztbriefschreibung
 - Unterstützung des Qualitätsmanagements
 - Unterstützung gesetzlicher Nachweis- und Berichtspflichten

Anwendbarkeit des Konzeptes auf ...

- Weltweit, Kontinente, Nationen
(Bsp. Minimum Basic Data Set der WHO)
- Institutionen
(z.B. innerhalb eines Krankenhauses --> klinische Basisdokumentation)
- bestimmte Kranken-Population
(z.B. Tumorbasisdokumentation)
- **Probleme:**
 - Konzeptionell: Alle Beteiligten müssen sich auf die Dokumentationsattribute und deren Domains einigen!
(Konsentiertes Schema)
 - Praktisch: Qualität und Vollständigkeit muss sichergestellt sein; verlässlich für alle Nutzer !

Merkmale nach WHO

1. Patientenidentifikation und Fall-Nummer
2. Geschlecht
3. Geburtsdatum
4. Einzugsgebiet (z.B. Postleitzahl des Wohnortes)
5. Krankenhaus- und Fachabteilungsidentifikation
6. Zu- und Abgangsdatum in / aus der Fachabteilung
7. Abgangsart
8. Diagnosentext und ggf. Schlüssel für Hauptdiagnose und ggf. Nebendiagnose(n)
9. Operationen (Text und ggf. Schlüssel)
10. Andere wichtige diagnostische und / oder therapeutische Maßnahmen (Prozeduren)

Merkmale nach Immich/Wagner*

Obligatorisch

01. Laufende Krankenblattnummer
02. Aufnahmejahrgang
03. Tag & Monat der stationären Aufnahme
04. Geschlecht des Patienten
05. Mehrlingseigenschaft
06. Geburtsdatum
07. Anfangsbuchstabe des Familien- bzw. Mädchennamens
08. Lebensalter bei der Aufnahme
09. Altersgruppe bei Säuglingen und Kleinkindern
10. Personenstand
11. Wohnsitz (Wohnkreis) des Patienten
12. Nationalität
13. Kostenträger
14. Pflegeklasse
15. Aufenthaltsdauer in Tagen
16. Anlaß des stationären Aufenthaltes
17. Behandlungsergebniss (Art der Entlassung)
18. Diagnosen
19. Anzahl der Diagnosen
20. Tag, Monat, Jahr der Entlassung
21. Entlassungsarzt
22. Wievielter Krankenblattkopf
23. Kartenart
24. Behandelnde Klinik

Fakultativ

Je nach Fach verschieden, folgende sind jene, die fast überall über die Basisdokumentation hinausgehend genannt werden:

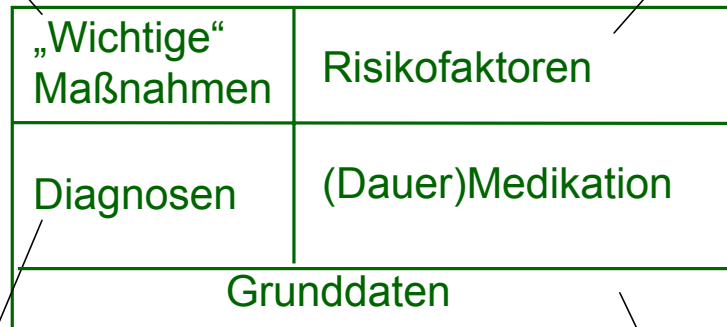
01. Beruf des Patienten
02. Religion
03. Art der Einweisung
04. einweisender Arzt
05. Einweisungsdiagnose(n)
06. Vorläufige Klinische Diagnose
07. Geburtenzahl
08. Verlegung
09. Gefährdungskataster
10. Interessante Fälle
11. Geschwisterzahl
12. Sozialstatus
13. Zufallszahl

* in: Koller, Wagner (Hrsg.): Handbuch der Medizinischen Dokumentation

Sinnvolle Grundstruktur

Z.B. frühere Operationen,
Bestrahlungen, CTs etc.

Sowohl medizinische
Risikofaktoren als auch
Gefährdungsfaktoren,
Disabilities und Handicaps



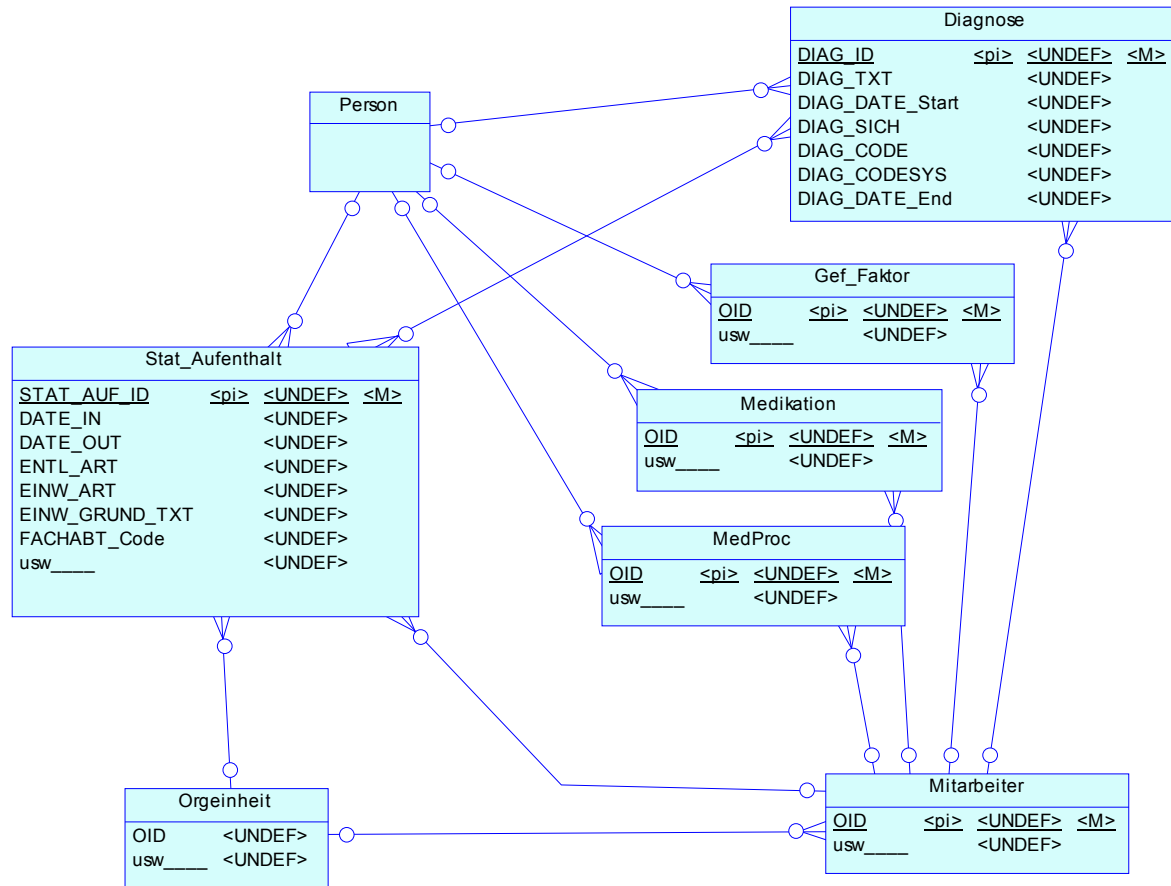
Unterteilt in Dauer-
diagnosen und temporäre

Personendaten, Blutgruppe,
KH-Aufenthalte

Gefährdungsfaktoren nach Immich/Wagner

- Notfalldaten sind Daten über krankheitsbezogene Merkmalsausprägungen, deren Nichtberücksichtigung im Notfall für den Patienten schwerwiegende Folgen hat, schärfer ausgedrückt haben muss. Man nennt diese Merkmale auch besser 'Gefährdungsgrößen' im Gegensatz zu den 'Risikofaktoren', deren Nichtberücksichtigung keinen zwingenden Schaden für den Patienten bedeutet. Die Bekanntgabe und Veröffentlichung von Gefährdungsgrößen liegt wohl immer (es gibt Ausnahmen) im Interesse des Patienten, im allgemeinen will er seine Umgebung diese Tatsache wissen lassen, damit diese sich entsprechend vorsichtig verhält. Beispiele:
 - Bluter
 - Herzschrittmacherträger, Defibrillationsgeräteträger, Schwerwiegende Allergien,
 - Dauerbehandlung (z.B. Blutgerinnungshemmer), Anfallskranker, Diabetes.

Resultierendes Klassenmodell (teilweise und vereinfacht und ohne Historisierung)



Basisdokumentation im MedInfSys

The screenshot shows the MEDACTIS Medactis Geriatrie software interface. The main window displays a list of diagnoses for a patient. The selected diagnosis is Osteoporose (ICD M81.9).

Nr. Diagnose	ICD	Seit	Entl. Eiw.	Verl. Aufn.	Zu Diag. Haupt.	Abr Diag. Bezug	Sicherheit	Bemerk.
1	S72.2		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		14.02.2003 G R	
2	R26.8		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			14.02.2003 G	
3	G40.9		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			14.02.2003 G	
4	M81.9		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			14.02.2003 G	

Diagnose für: 12477Baum, Adele, 23.06.1927, W, 76 Jahre, Fall: 6047, ST, 14.02.2003, G2, G2.

Diagnosefreitext: **Osteoporose**

seit: Lokalisation: Sicherheit: **gesicherte Diagnose** Dauerdiagnose

Diagnoseart: Einweisungsdiagnose, Aufnahmediagnose, Verlegediagnose, Entlassdiagnose

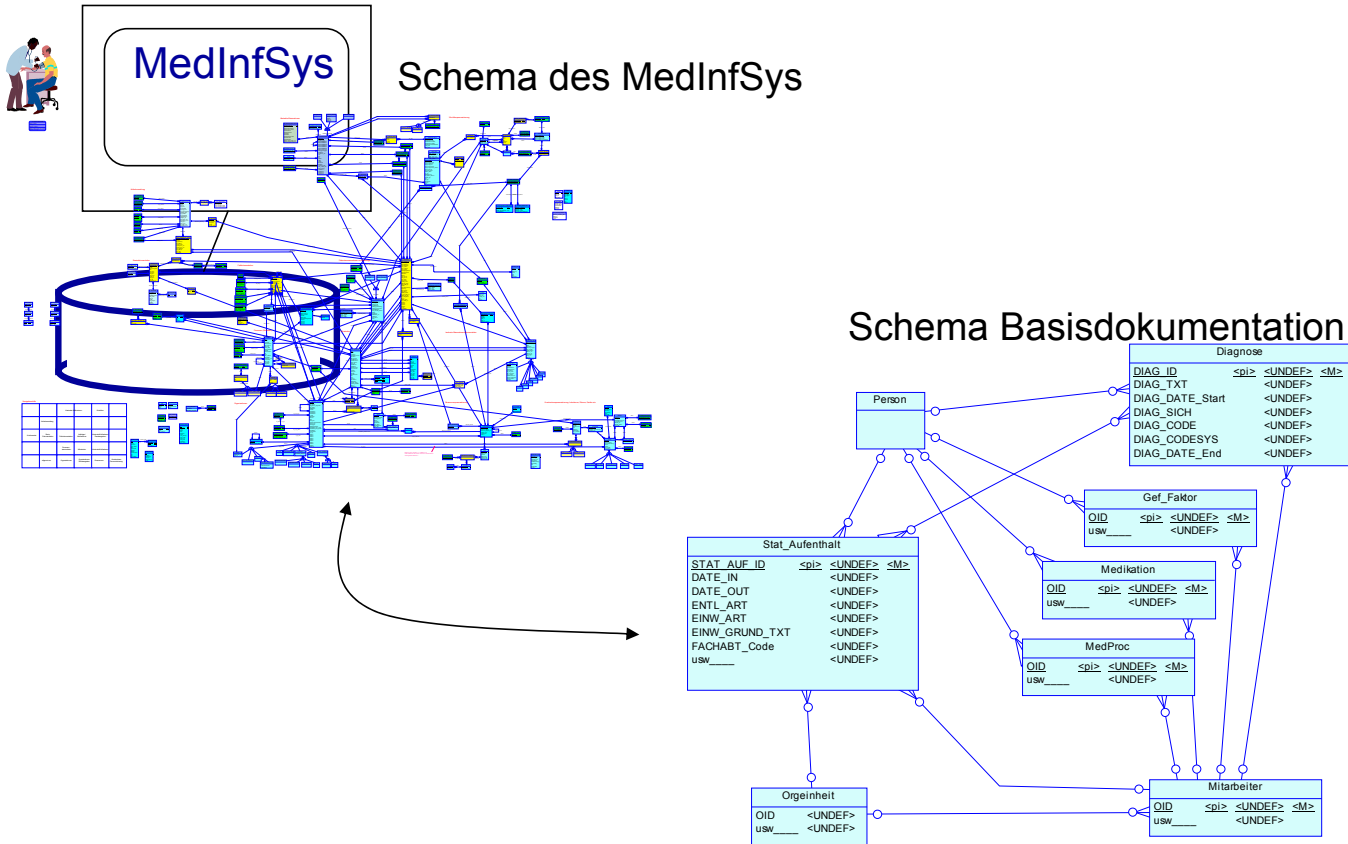
ist: Hauptdiagnose, Nebendiagnose

Bezugsart: zu Diagnose #:

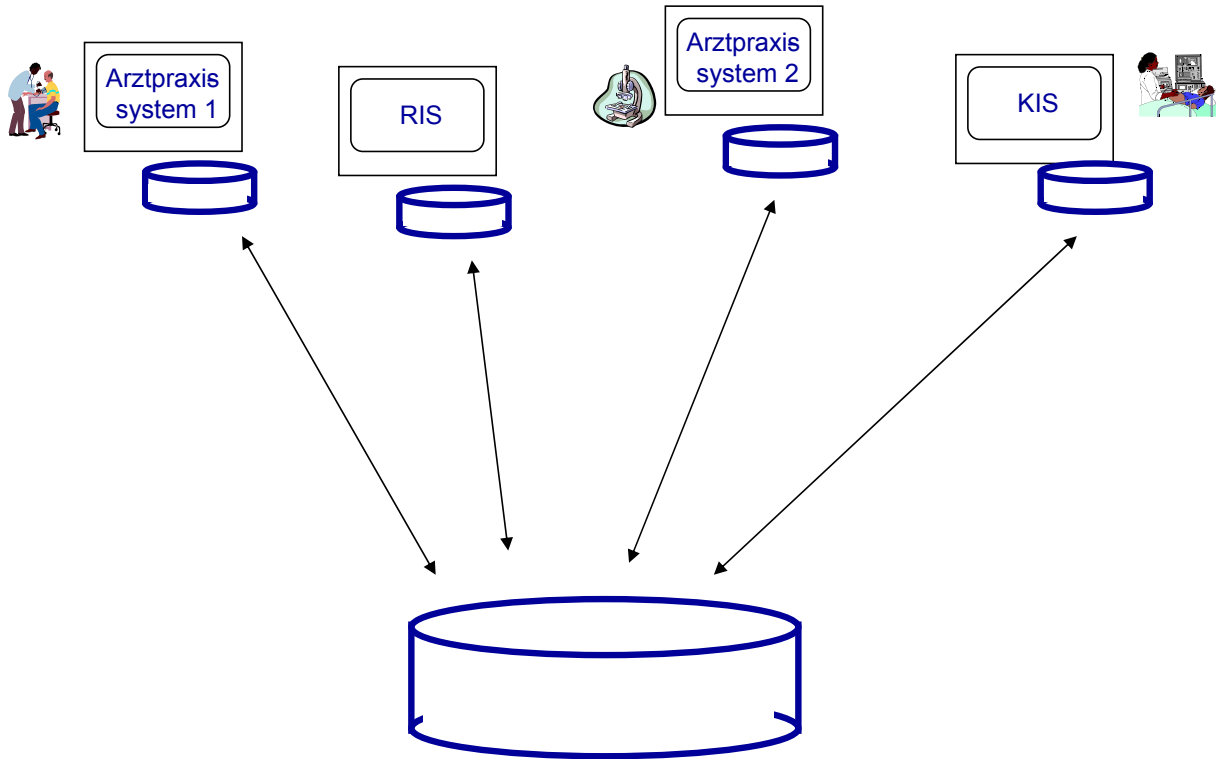
ICD 10: **M81.9** Osteoporose, nicht näher bezeichnet

Datum	Bemerkung	Mitarbeiter	Datum	Sicherheit	M
			14.02.2003	G	Had

Resultierender Schema-Mismatch



Basisdokumentation und verteilte IS

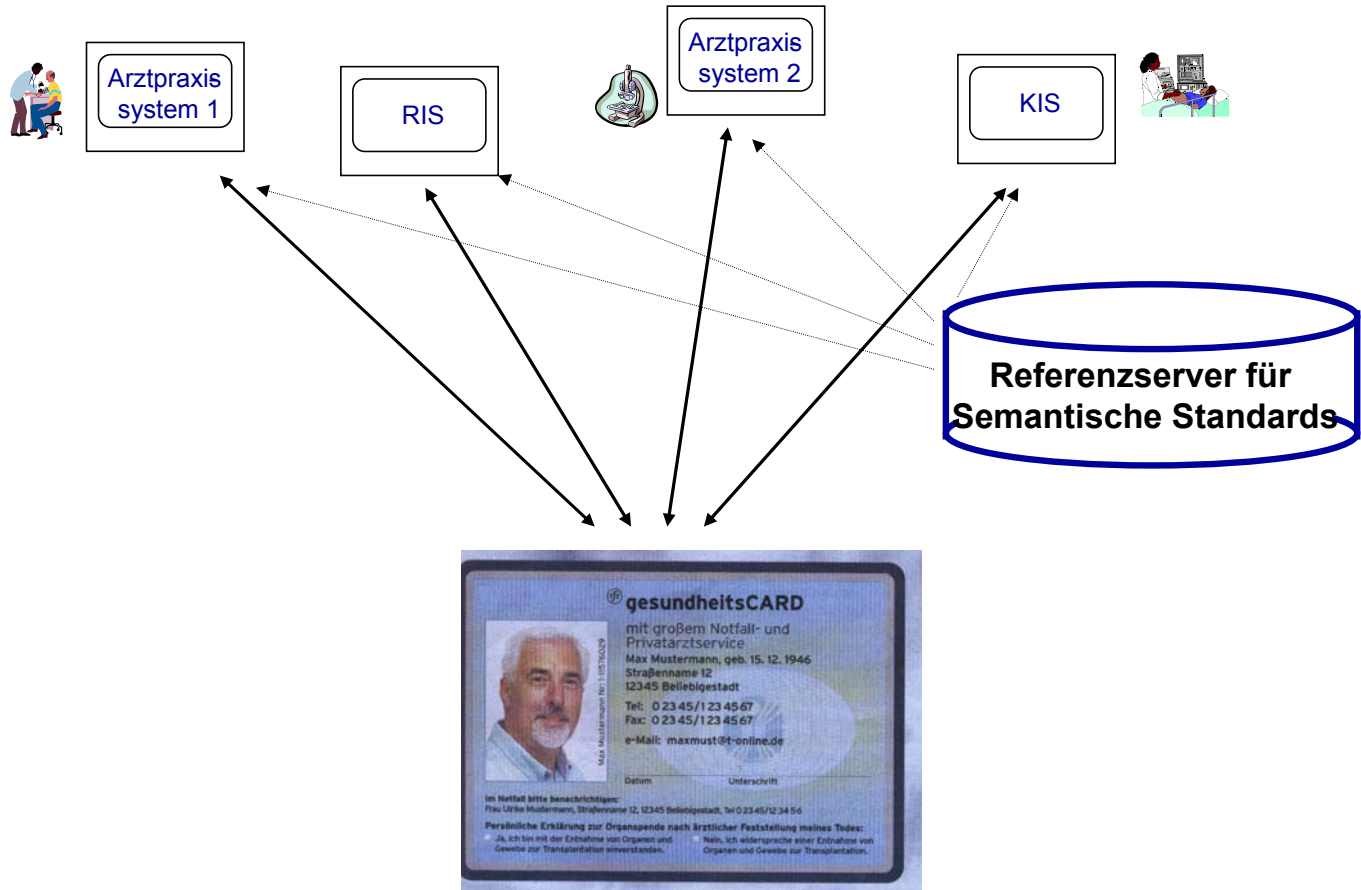


Gesundheitskarte nach BMGS

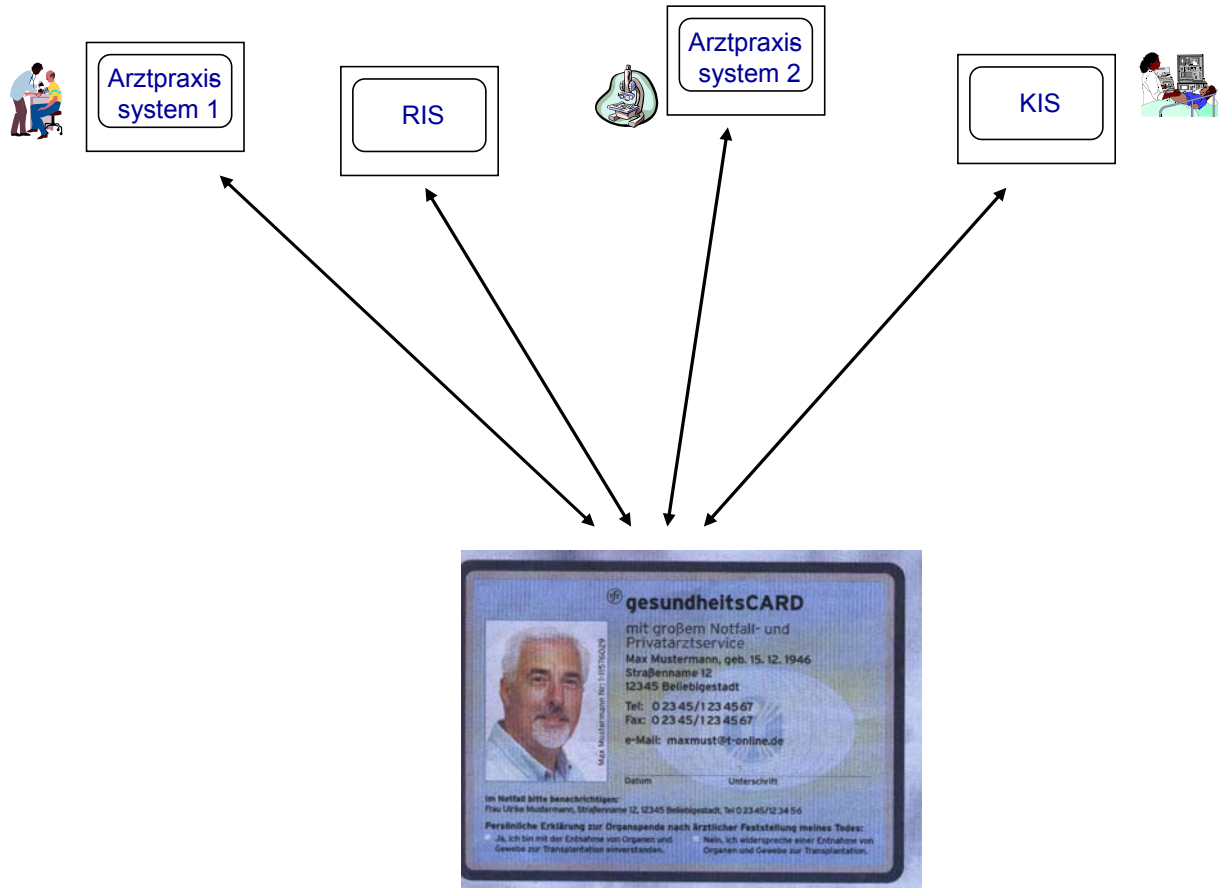


Administrative Daten	Weitere Gesundheitsinformationen/-karten/-pässe
Notfallinformationen	Verweis/Pointerfunktion
Elektron. Rezept	„Blind-/Tresorfachfach“
Arztbrieffach	
Arzneimittelfach	Patientenaufzeichnungen

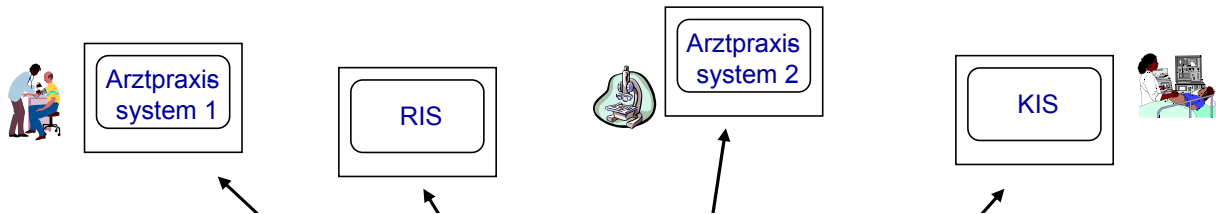
Gesundheitskarte & verteilte IS



Gesundheitskarte & verteiltes IS



Gesundheitskarte & verteilte IS - Transaktionen -



- GET (ALL / PAT / DIAG / PROC / RISK)
- PUT (ALL / PAT / DIAG / PROC / RISK)
- ADD (DIAG / PROC / RISK / KHA)
- GET NEXTVALUE (DIAG_ID / PROC_ID / RISK_ID, KHA_ID)
- ALTER (DIAG / PROC / RISK / KHA ...)
- usw.



Problemstellungen

- Datenschutzaspekte, auch Security by Value-Konzepte notwendig!
- Aktualität und Vollständigkeit (Problem der Freiwilligkeit im Gesetzentwurf!)
- Synchronisation von Nebenläufigkeiten
- Semantische Dopplungen bei Einträgen
- Fortschreibungs- und Änderungslogging
- Detaillierte Urheberzuordnung
- Einheitliche semantische Bezugssysteme
-
- ... und unkoordinierte Aktivitäten im politischen Umfeld in den letzten Jahren

Zusammenfassung

- Basisdokumentation als notwendiger erster Schritt und Grundlage einer versorgungsunterstützenden Gesundheitstelematik
- Nationaler Konsens über Inhalte (Schema) zwingend
- Kartenbasierung problematisch
- Notwendigkeit verbindlicher Attribut-Domänen