ENTSCHEIDERFABRIK

VKD Tagung der Fachgruppe Psychatrie, Jahrestagung 2014, 25. – 26. September 2014, Remscheid

**„Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch
intelligent digitalisierte Patientenakten“**

Aganda

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 **Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK**
- 2 Thematischer Initialvortrag
- 3 Zusammenfassung

ENTSCHEIDERFABRIK

Dr. Pierre-Michael Meier **Seit 1995 in der Gesundheitswirtschaft aktiv**

Ausbildung	<ul style="list-style-type: none">▪ Dipl.-Kfm. Int. Krankenhaus Management u. Betriebsinformatik▪ Dr. Public Health
Auszeichnungen	<ul style="list-style-type: none">▪ 2009, Lehrbeauftragter am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen▪ 2011, Zertifikat Medizinische Informatik, GMDS e.V. und GI e.V.▪ 2013, Publikumspreis für die beste Moderation, conhIT
Ehrenämter	<ul style="list-style-type: none">▪ ENTSCHEIDERFABRIK, IuIG-Initiativ-Rat, Stv. Sprecher▪ EAHM, European Association of Hospital Managers, Working Party IT, President▪ bdvb - Bundesverband Deutscher Volks- und Betriebswirte e.V., 2. VP▪ IHE-Europe, Steering Committee, Member▪ VuiG - Verband für Unternehmensführung und IT-Service-Management in der Gesundheitswirtschaft e.V., Vorstandsmitglied (Schatzmeister)▪ GMDS - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V., Arbeitsgruppe Informationssysteme im Gesundheitswesen (KIS), Mitglied der Leitung▪ VARD – Vereinigung der Aufsichtsräte in Deutschland e.V., Mitglied▪ Rotary, Mitglied
Arbeitgeber	<ul style="list-style-type: none">▪ März AG, Vorstand

Ziel der ENTSCHEIDERFABRIK

2006 fiel die Entscheidung, eine Arbeits- und Kommunikationsplattform zu gründen um

„Krankenhaus-Erfolg durch optimalen IT-Einsatz“ zu fördern!

Das Konzept ENTSCHEIDERFABRIK verbindet

- über **400 Kliniken** (Unternehmensführung und Entscheidungsvorbereiter der Klinik-IT und –Medizintechnik)
- von den fördernden **Verbänden gewählte Beratungshäuser** und
- über **80 Industrie-Unternehmen** mit dem Ziel

Lösungen für „Probleme“ in den „Geschäftsprozessen“ zu erarbeiten.

Fördernde Verbände

Die Mitglieder des IuIG-Initiativ-Rates

ENTSCHEIDERFABRIK

<p>Vertreter des VKD e.V. im IuIG-Initiativ-Rat und SPRECHER des Rates</p> <p>Peter Löbus</p>	<p>Vertreter des bdvb e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Pierre-Michael Meier</p>	<p>Vertreter des BMC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Dominik Deimel</p>	<p>Vertreter des BVBG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Anton J. Schmidt</p>	<p>Vertreter des BVMed e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Joachim M. Schmitt</p>
<p>Vertreter des BVMI e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>PD Dr. Günter Steyer</p>	<p>Vertreter des CCESigG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Jürgen Bosk</p>	<p>Vertreter des CeMPEG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Andreas Zimolong</p>	<p>Vertreter des DGG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Stephan H. Schug</p>	<p>Vertreter des DGTelemed e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Reimund Siebers</p>
<p>Vertreter des DK I e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Andreas Weigand</p>	<p>Vertreter des DVKC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Prof. Dr. Björn Maier</p>	<p>Vertreter des EFA e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Volker Lowitsch</p>	<p>Vertreter des emtec e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Nicole Ruprecht</p>	<p>Vertreter des femak e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Wilhelm Brücker</p>
<p>Vertreter des FKT e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Horst Träger</p>	<p>Vertreter des GMDs e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Prof. Dr. Martin Staemmler</p>	<p>Vertreter des KKC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Manfred Kindler</p>	<p>Vertreter des SPECTARIS e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Komm. Dr. Tobias Weiler</p>	<p>Vertreter des TMF e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Sebastian Claudius Semler</p>
<p>Vertreter des VBGW e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Dr. Armin P. Wurth</p>	<p>Vertreter des ViuG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat</p> <p>Michael Schindzielorz</p>

Entscheiderzyklus: **Entscheider-Event**

Ehrung der 2012 Teams und Wahl der 5 IT-Schlüssel-Themen 2013

ENTSCHEIDERFABRIK

ENTSCHEIDERFABRIK

Entscheiderzyklus: **Sommer-Camp** Ausarbeitung der haus-individuellen Entscheidungsvorlagen

ENTSCHEIDERFABRIK

Entscheiderzyklus: **Deutscher Krankenhaustag**, 21.11.13
Präsentation der haus-individuellen Entscheidungsvorlagen

Das Konzept der ENTSCHEIDERFABRIK

Überblick 2014 - 2015

ENTSCHEIDERFABRIK

„IHE konforme klinische Apps – Neue Freiheitsgrade für die personalisierte, mobile IT Nutzung im klinischen Umfeld“

Klinik-Partner: G. Nolte, Prokurist, Ressort IT / TK, Vivantes; G. Härdter und P. Massier, Service Center IT, Pate: Dr. R.-M. Schmitz, Klinikum Stuttgart; V. Lowitsch, Geschäftsbereichsleiter IT, Pate: P. Asché, Vorstand, Uniklinik der RWTH Aachen; Industrie-Partner: Dr. R. Lohmann, Geschäftsführer, Lohmann & Birkner; Dr. D. Deimel, Geschäftsführer, com2health; Berater: Dr. A. Zimolong, Geschäftsführer, Synagon

„KIS – Kaum Informationen Sichtbar? Patientendaten prozessoptimiert dargestellt!“

Klinik-Partner: Universitätsklinikum Münster, Dr. G. Hülsken, Pate: C. Hoppenheit, Vorstand, Universitätsklinikum Münster; W. Kopton, IT-Leiter, KVVR Klinik Verbund Vest Recklinghausen, S. Schorein, IT-Standortleiter, Pate: M. Voigt, Prokurist, St. Elisabeth Hospital Herten; L. Forchheim, Abteilungsleiter Informationstechnik, Pate: H. Jaeger, Geschäftsführer, edia.con; Industrie-Partner: S. Essmeyer, Vorstand, uhb consulting AG; Berater: C. Vosseler, Inhaberin, Vosseler Consulting

„IT-Controlling als Wegbereiter vom reinen Cost-Center zum strategischen Service-Center“

Klinik-Partner: U. Purwin, CIO, Pate: S. Rüsken, Geschäftsführer, Städt. Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus; R. Boldt, IT-Leiter, Pate: Dr. D. Tenzer, Klinikum Oldenburg; A. Reißmann, Leitung kaufmännisches und medizinisches Controlling, Pate: O. Lehnert, Geschäftsführer, Klinikum Stadt Soest; Industrie: G. Reinisch, Vertriebsleiter, TIP GROUP; Berater: Dr. U. Günther, Geschäftsführer, Sanovis

"KlinikNet 2.0 - das webbasierte Kliniknetzwerk. WER braucht WAS zu welchem ZWECK?"

Klinik-Partner: C. Imre, IT-Projekte, H. Höhmann, Vorstand, LVR Klinik Langenfeld; O. Seebass, Geschäftsführer, FACT IT St. Franziskus Stiftung Münster; Klinik: Th. Mangelmann M.Sc., Referent Kfm. Geschäftsführung, Leitung Zentrales Projektmanagement, BG Unfallklinik Frankfurt am Main; Industrie-Partner: Dr. D. Gumm, Senior Consultant, effective WEBWORK; Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. K. Wendland, Medieninformatik - Fachhochschule Aalen; Berater: Dr. M. Hillen, Prokuristin, proKlinik Beratung

„Optimierung von Dokumentations- und Abrechnungsprozessen durch computerunterstützte Kodierung (Computer-assisted coding – CAC)“

Klinik-Partner: S. Uhl, Stv. Kaufmännischer Direktor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Pate: C. Weisskopf; I. Ern, Leitung Medizincontrolling, Pate: D. Larisch, Verwaltungsleiter, AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS WUPPERTAL; Industrie: A. Püschl, Business Manager, 3M; Berater: Dr. A. Beß, Vorstand, promedtheus

ENTSCHEIDERFABRIK Ergebnis, „Qualitätsschleife“

ENTSCHEIDERFABRIK

Fördernde Unternehmen

ENTSCHEIDERFABRIK

„Wettkämpfer“ um die 5 IT-Schlüssel-Themen der Klinik Unternehmensführung in 2014:

„Feedback Geber 2014“:

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

Medienpartner:

ENTSCHEIDERFABRIK

Entscheider-Werkstätten

In Kliniken organisierte Workshops zu Nutzen stiftenden Themen

Nächste Entscheider-Werkstätten:

16.-17.10.2014 „Innovative Geschäftsmodelle zum Abbau von Investitionsstau in Informations- und Medizintechnik“

19.-20.03.2015: Entscheider-Werkstatt "Telematikinfrastruktur zur Förderung neuer Geschäftsfelder in Großkliniken“, Universitätsklinikum Jena

ENTSCHEIDERFABRIK

Fachgruppen-Tagungen

Ermittlung des Wertbeitrages von IT-Prozessunterstützungen

IT-Prozessunterstützungen u. Wertbeiträge

- „Nutzen von Plattformstrategien bzgl. Medizingeräte-Output Integration“
- „Nutzen stiftende Services auf WLAN Infrastrukturen“

Fachgruppen

1. IT-Benchmarking
2. ECM-Systeme und IHE
3. Datenschutz-Benchmarking

Agenda

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
- 2 Thematischer Initialvortrag**
- 3 Zusammenfassung

Zukunftssicherheit: Träger-Bildung und Partnerschaften

ENTSCHEIDERFABRIK

Träger benötigen Unternehmensziel konforme Steuerungsinformationen!

Träger unterschiedlicher Einrichtungen fordern ganzheitliche Informationen!

Interagierende Träger fordern standardisierte Informationen!

Zukunftssicherheit: Conclusio

ENTSCHEIDERFABRIK

Gesetzliche Grundlagen

Versorgungssektoren

SGB V
GOÄ
EBM,
etc.

SGB V
BPfIV
DRG

SGB V, IX

XII

Soziale Pflegeeinrichtungen
(z.B. Altenhilfe)

Optimal intra- und interorganisatorisch ausgerichtete Verbünde müssen zur Funktionsfähigkeit effektiv steuerbar sein. Effektive Steuerbarkeit bedingt ganzheitliche und standardisierte Informationen in „Real Time“!

Träger benötigen Unternehmensziel konforme Steuerungsinformationen!

Träger unterschiedlicher Einrichtungen fordern ganzheitliche Informationen!

Interagierende Träger fordern standardisierte Informationen!

Agenda

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
- 2 **Thematischer Initialvortrag – Theorie und Praxis**
→ Übergabe an M. Neumann und A. Müller
- 3 Zusammenfassung

Projektpartner

ENTSCHEIDERFABRIK

Universitätsklinikum Essen

ID Information und
Dokumentation im
Gesundheitswesen

D·M·I
ARCHIVIERUNG

Ziel 1: Senkung des Gesamtkostenverlaufs

ENTSCHEIDERFABRIK

„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakten (1)

Inhaltliche semantische Erschließung

Notationen bereitstellen

Technologien nutzen

Ergebnisse bereitstellen

Leistungsgerecht abrechnen

Liquidität sichern

Indexierung der Belege

Gute Strukturierung

Erlöse optimieren

Nachhaltige Prozessoptimierung

Ziele und Wünsche erreichen

„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakten (2)

Konsil-Befund Gynäkologie

Patient: geboren: Geschlecht: weiblich Fall: Aufenthalt: 17.01.2013 -	veranl.OE: veranl.MA: Auftr.Datum: 02.03.20 Auftr.Nr.:
---	---

Untersuchungen: 07.03.13 ; 12:59 h gynäkologisches Konsil

Fragestellung: Am **Samstag vaginale Blutung**, erstmalig lt. Pat. (allerdingst von Schmerzangabe, fachspez. Beurteilung erbeten, danke

Befund: P-3, Z.n. abd. Hysterektomie?
Vulva, Vagina atroph, Scheidenstumpf reizlos, kein tastbarer Be
Sono: Koprostase.

Zusammenfassung: DGN: Z.n. HE. Kein Anhalt für vaginale Blutung...

Epikrise

Die aktuelle Vorstellung der Patientin erfolgte wegen einer zunehmenden Schwellung im Bereich der Periorbitalregionen sowie der Hände und auch der Atemwege bei beginnendem inspiratorischen und auch leichtem expiratorischen Stridor im Sinne einer akuten allergischen Reaktion nach eigenanamnestisch stattgehabtem Hornissenstich während der Gartenarbeit. Aufgrund zunehmender Unruhe und Ausweitung der Rötungs- und Schwellungszustände auch im Bereich des gesamten Rumpfindegumentes begannen wir mit einer sofortigen Kortikoidtherapie intravenös, unter der sich die akute allergische Reaktion unmittelbar eindämmen ließ, wobei sich im weiteren Verlauf ein zunehmend klinisch stabiler Zustand ergab. Auch die initial noch zu beobachtende geringe **Dyspnoesyndromatik** und leichte Verschwellung der Atemwege war zuletzt vollständig rückläufig, so dass wir die Patientin am 15.08.2013 in stabilisiertem, guten Allgemeinzustand in Ihre weitere ambulante hausärztliche Betreuung entlassen konnten.

Anamnese / Befunde

Vorgeschichte

Bei der Patientin ist eine bekannte Osteoporose vorbeschrieben, es besteht ein Zustand nach **Bandscheibenprolaps lumbal** mit operativer Versorgung im Christlichen Krankenhaus vor ca. 10 Jahren sowie ein Zustand nach Schultertrauma bei **beidseitiger Omarthrose** vor ca. 3 Jahren mit konservativer Repositionsbehandlung sowie eine bekannte autoimmune Gefäßerkrankung, deren genaue weitere Behandlung mit jetzt anhaltender Kortikoidgabe in im August 2011 begonnen worden sei.

Aktuelle Beschwerden: Es besteht eine **mäßige Schwellung der Atemwege** sowie der Weichteile im Bereich der Oberarme sowie auch beginnend im Bereich des Bauches und der Flankenregionen mit Rötungs- und Schwellungsanteilen sowie juckenden flächigen Arealen, weiterhin lässt sich eine **periorbitale Weichteilschwellung** verzeichnen und ein inspiratorischer Stridor **bei beginnender Weichteilschwellung** im Bereich der Atemwege.

Vegetative Anamnese

Es ist eine Allergie gegen Schmerzmittel fraglich gegen nichtsteroidale Antiphlogistika vorbeschrieben, gegen Steroide und die jetzt laufende Kortisongabe bestehen jedoch keine Unverträglichkeiten. Fieber oder Schüttelfrost werden nicht angegeben, hinsichtlich des Stuhlverhaltens bestehe eine Obstipationsneigung, **Nykturie** sei nicht aufgetreten, ein Nikotin- oder Alkoholabusus wird verneint.

Sozialanamnese: Die Patientin lebt alleine im eigenen Hause und war früher als Dorfhelferin engagiert, sie ist jetzt berentet.

Klinischer Untersuchungsbefund

bei Aufnahme: 83-jährige, 165 cm große, ca. 75 kg schwere Patientin in gutem Ernährungs- und reduziertem Allgemeinzustand, Kopf und Hals sind ausreichend frei beweglich, die Pupillen sind isokor, es besteht eine periorbitale Weichteilschwellung, im Bereich der Rachenwege zeigt sich eine Rötung und Schwellung der Seitenstränge, hier besteht auch ein geringer inspiratorischer Stridor bei generalisierter allergischer Reaktion, die Herztonen sind rein und leise, rhythmische Herzaktion, der Blutdruck beträgt 160/90 mm Hg links, 155/90 mm Hg rechts, es imponieren seitengleiche atemabhängige Thoraxexkursionen bei geringem inspiratorischen Stridor und expiratorisch leichtem Giemen, sonst erscheint die Lunge im Wesentlichen frei, Abdomen weich, keine relevanten pathologischen Resistenzen oder Druckdolenzen, die obere Extremitäten sind bis auf eine arthrotisch

Aufbereitung von digitalisierten Belegen

ENTSCHEIDERFABRIK

Luftfahrzeugkennzeichen: 17.01.2013
 Kasse: 64
 Aufnahme: 33
 nach 48 h: 33
 Aufnahme: 23.6

Datum	Medikation:	Hr./Arzt	Datum	H
17.01	Pheniramin 25	1	1	4
17.01	Zyprexa 5	1	1	1
17.01	Oxazepam 50	1	1	12
23.01	Davor 1,0	1	1	1
17.01	Levodopa 50	1	1	1
30.01	Halobal in mg	h		
30.01	Fenflan in mg	h		
30.01	Pipamperon 40	h		
17.01	ACC 600 BS	h		
17.01	Mirtazapin 15	h		
30.01	Fenflan 2 in 2x 1	h		
17.01	Davor 1,0 B. 2x 1	h		
17.01	Pipamperon 40 B. 3x 1	h		
17.01	Oxazepam 50 1/2 B. 2 x 1	h		
17.01	100 mg Mirtazapin in 1x 1	h		

Medikament g
 Medizin gesetzt / ausgeteilt
 Visiten: STA OA CA
 Temp. / Stuhlgang / Puls
 Schmerzskala 0-10 EFFZ
 RR UP
 3x tgl. / ja

Labor: Anlage.

CT: 9-200

Computertomogr.:

CT Schädel nativ vom 21.01.13:

Altersentsprechend normal weite innere und äußere Liquorräume. Kein Nachweis einer ICB, keine Territorialinfarkte, keine RF-Aspekte. Kleinere Lakunen in Capsula extrema rechts. Punktförmige metabolisch bedingte Verkalkungen im Stammganglien beidseits. Geringe Arteriosklerose beider ACI.

Konsile:

gynäkologisches Konsil vom 07.03.13:

2.3.2013 - Vaginale Blutung
 Überprüfung Kode: N93.9

DGN: Z.n. HE. Kein Anhalt für vaginale Blutung.

Verlauf:

Aufnahmearbeit waren intermittierende Verwirrtheits- bzw. Unruhezuständen mit psychotischen Symptomen bei einem Hirnorganischen Psychosyndrom und eine vorbestehende langjährigen rez. depressiven Störung. Frau war völlig zerrufen und psychotisch, es bestanden Halluzinationen, häufige Fehlhandlungen und vor allem nächtliche Verwirrheitszustände. Unter der von uns eingeleiteten Behandlung trat die produktive Symptomatik erst nach mehrfachen Umstellungen der Medikation wieder weitgehend ab. Der Schlaf-Wach-Rhythmus konnte in der Folge ebenso reguliert werden. Während des gesamten stationären Aufenthalts zeigten sich aber unverändert erhebliche kognitiv-mnestische Defizite. Frau war auf Hilfestellung bzw. Anleitung durch die Pflege in allen Lebensbereichen angewiesen. Eine Eilbetreuung wurde eingeleitet und die Tochter zur Betreuerin bestellt. Zur Klärung der Weiterversorgung wurde unser Sozialdienst eingeschaltet. Die Entlassung erfolgte am 03.04.2013 bei stabilisiertem Befinden aber weiterhin bestehendem psychopathologischen Restbefund im Sinne eines chron. Hirnorganischen Psychosyndroms in eine Pflegeeinrichtung. Wir danken für die Übernahme der ambulanten Weiterbehandlung und stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.

	HZ
id gestillt	4
1. und 2. Mensesgruppe	4
unregelmäßig	4
ausbleiben	4
2. und 3. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
4. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
5. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
6. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
7. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
8. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
9. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
10. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
11. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
12. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
13. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
14. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
15. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
16. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
17. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
18. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
19. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
20. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
21. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
22. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
23. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
24. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
25. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
26. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
27. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
28. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
29. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
30. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
31. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
32. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
33. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
34. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
35. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
36. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
37. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
38. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
39. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
40. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
41. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
42. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
43. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
44. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
45. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
46. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
47. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
48. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
49. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
50. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
51. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
52. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
53. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
54. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
55. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
56. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
57. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
58. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
59. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
60. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
61. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
62. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
63. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
64. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
65. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
66. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
67. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
68. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
69. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
70. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
71. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
72. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
73. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
74. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
75. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
76. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
77. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
78. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
79. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
80. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
81. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
82. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
83. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
84. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
85. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
86. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
87. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
88. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
89. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
90. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
91. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
92. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
93. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
94. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
95. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
96. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
97. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
98. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
99. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4
100. Mensesgruppe	4
ausbleiben	4

Ziel 2: Ansicht Archivviewer: Selektiv semantisch analysierte Patientenakte

TESTPATIENT14 , 09.09.1946

600014 , INC , 18.11.2013 , 20.11.2013

- Administration/Aufklärung (15)
- ärztliche Dokumentation/Arztbriefe intern (4)
- ärztliche Dokumentation/Sonstiges (1)
- Aufnahme/Anamnesebogen (3)
- Aufnahme/Einweisungsschein (1)
- Diagnostik/Bildegebung (3)
- Diagnostik/Funktion (4)
- Labor/Laborefund (2)
- nicht zuordenbare Belege (1)
- Pflege/Anordnungen (1)
- Pflege/Durchführungsnachweise (1)
- Pflege/Kurve (1)

ärztliche Dokumentation/Arztbriefe intern (1/4)25.09.2014

ärztliche Dokumentation/Arztbriefe intern (2/4)25.09.2014

ärztliche Dokumentation/Arztbriefe intern (3/4)

ärztliche Dokumentation/Arztbriefe intern (4/4)

gültig bis Montag , 29. September 2014 unbegrenzt gültig Beleglayer

Obenbauch, "als ob sich etwas einklemmen würde". Im 14. Tagen sei ein MRT-Abdomen, sowie ein RÖ-Thorax ambulant geplant.

Körperliche Untersuchung:
69 Jahre alter Patient, m. Kg, reduzierter Allgemeinzustand, normaler Ernährungszustand bei klarem Bewußtsein. Pulmo und Cor ohne pathologischen Auskultationsbefund, RR 140/80 mmHg, Puls 80/Min. Abdomen: weich, regelrechte Peristaltik, kein Druckschmerz, Narbe nach Nephrektomie re. sowie orientierende neurologische Untersuchung waren unauffällig.

Endoskopie:
Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:
Ösophagus: ungehinderte Intubation des Ösophagusmundes unter Sicht, 3 Stülpung von Ösophagusvarizen II* (gelegentlich vereinzelte cherry red spots, somit formal Grad IV) Kleine axiale Hiatushernie von 35 bis 38 cm ab VZR.
Magen: gute Entfaltung unter Luftinsufflation, Bild wie bei portal-hypertensiver Gastropathie, Inversion o.B., Pylorus rund und nicht verzogen.
Duodenum: Bulbus bis Pars descendens duodeni unauffällig. **1-632 1-440.a**

Histat: 1. Antrum, 2. Corpus

Hohe Koloskopie:
Endoskopische Passage unter Sicht bis Coecalpol. Intubation der Vv. Bauhin. Terminales Ileum unauffällig. Sorgfältige Inspektion aller Abschnitte des Dickdarms. Im gesamten Kolon rezidive Divertikel, eine Rötung der Schleimhaut im C. ascendens wird biopsiert (PE3). Im übrigen unauffällige Mucosa. Keine Polypen. Rectumampulle und Uterus verhalten sich unauffällig.

Beurteilung: 1. Ösophagusvarizen (formal Grad IV), axiale Hiatushernie ohne Refluxösophagitis. Im übrigen unauffällige ÖGD
2. Kolondivertikulose, kleine Rötung im C. ascendens. Im übrigen unauffällige hohe Koloskopie. **1-650.2 1-444.7**

EKG:
HF 72/Min., SR, IT, keine Erbs

Sonographie Abdomen:
Leber: vergrößert, v.a. der linke Leberlappen, deutlich angehobenen Echogenität, etwas echoärmere Areale lateral der Gallenblase, kein Rundherd.
DHC: normal
Gallenblase: unauffällig
Pankreas: Kopf, Corpus unauffällig, Cauda luftüberlagert
Nieren: bds. normalgr., kein Hamstau, regelrechte Form.
Milz: vergrößert, regelrechte Form.
Unterbauch: Harnblase teilgefüllt, unauffällig.
Gefäße: Aorta unauffällig, Vena cava a. variabel.
Beurteilung: Bild wie bei Steatohepatis mit zonaler Minderverfettung, Hepato- und Splenomegalie.

Histologie:
steht bei Entlassung noch aus

Verlauf und Beurteilung:
Die stationäre Aufnahme von ... triologie zur endoskopischen Abklärung einer Blutungsquelle bei Anämie mit HB 9,3g/dl. Koloskopisch zeigt sich eine rezidive Sigmadivertikulose. Es bestehen Ösophagusvarizen (formal Grad IV) mit vereinzelten "cherry red spots" ohne Hinweis auf eine akute Blutung. Zur Blutung-Prophylaxe empfehlen wir die Umstellung der 8-Blocker-Therapie von Bisoprolol auf Carvedilol. Abdomensonographisch besteht eine Hepato- und Splenomegalie, deren Genese unklar bleibt. Laborchemisch zeigt sich eine **Bizytopenie** mit grenzwertig niedriger Thrombozytenzahl, sodass wir eine Vorstellung beim Hämatologen ggf. mit Knochenmarkpunktion empfehlen.

Bizytopenie = Granulozytopenie mit Anämie, d. h. D70.7 Neutropenie, n.n.b empfohlen

„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakte in der Klinik

Nutzung einer qualifizierten und validierten Patientenakte

schnellere
inhaltliche
Überprüfung

Freiräume
schaffen

Bereitstellung der qualifizierten und validierten Dokumentation für den MDK

Wegfall
von Kopierarbeiten

schnellere
Vorbereitung von
Fallbesprechungen

Revisions sichere Archivierung der vollständigen Patientenakte

Einhaltung
der gesetzlichen
Aufbewahrungsfristen

Sicherstellung
der Beweissicherung

Leistungen erbringen – dokumentieren – abrechnen

„Was nicht dokumentiert wurde,
gilt als nicht erbracht.“

Von den 2,4 Mio. MDK-Gutachten aus 2011
wurden knapp 20% im Rahmen von Akteneinsicht
vor Ort im Krankenhaus erstellt (Quelle: MDS 2012)

Digitalisierung am UK Essen

Prozessschritte

ENTSCHEIDERFABRIK

1. • **Pilotprojekt: Digitalisierung Patientenakten (Mai 08)**
2. • **Vorstandsbeschluss: campusweite Aktendigitalisierung (Sept. 09)**
3. • **MDK-Fallbearbeitung: gezielte Digitalisierung von „MDK-Akten“ (Feb. 10)**
4. • **Pilotprojekt: digitale Rechnungseingangsbearbeitung (Dez. 10)**
5. • **Verwaltungsdokumente: Digitalisierung der Eingangspost (Mai 11)**
6. • **Verwaltungsdokumente: Digitalisierung der Aufnahmedokumente (Mai 11)**
7. • **Pilotprojekt: Frühes Scannen (Jul. 12)**
8. • **Vision: Softwarebasierte Kodierungsunterstützung (Mai 13)**

Digitalisierung am UK Essen Motivation

ENTSCHEIDERFABRIK

Ausgangssituation

- „Vereinbart: 150 Akten aus UK Essen, Zeitraum 2012, Fachbereiche: u.a. Nephrologie , Allgemeinchirurgie, Thoraxchirurgie
- Bereitstellung von 6 anonymisierten Akten als OCR-Container durch DMI
- Auswertung und Analyse der Daten durch ID

- je Akte im Schnitt knapp 300 Seiten
- inkl. Registerinformationen (Dokumenttypen zur Beurteilung der DxPx-Relevanz)
- jeweils als Bild und als xml-Container (inkl. Position der einzelnen Worte für Ableitung von Zeilenumbruch)

Inhaltliches Erschließen klinischer Dokumente: Anforderungen

Erkennung von:

- Diagnosen und Prozeduren
- Medikamenten inkl. Dosierungsangaben
- Materialien

Ignorieren von:

- administrativen Angaben wie Sender, Empfänger, Anreden, Namen, Titel

Im Behandlungsprozess / Fallabschluss

- Bereitstellung einer digitalisierten, inhaltlich aufbereiteten Akte
- Erhöhung der Codierqualität durch sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistung
- Vorteil: ohne Vorliegen einer digitalen, strukturierten Patientenakte

Retrospektiv

- Digitalisierung im Rahmen der Archivierung (Forschungszwecke)
- Aufzeigen von Belegstellen zu dokumentierten Diagnosen und Prozeduren
- Verkürzung MDK-Fallprüfung

- Verfügbarkeit digitaler Dokumente
- Dokumentklassifizierung
- Vollautomatische Codierung nicht sinnvoll

Semantische Digitalisierung
DMI / ID

```

1296      <R>2053,2705,2301,2750</R>
1297    </RECT>
1298    <TEXT>Ventrikel.</TEXT>
1299  </VALUE>
1300  <VALUE>
1301    <RECT>
1302      <R>297,2845,726,2892</R>
1303    </RECT>
1304    <TEXT>Transthoraka/e</TEXT>
1305  </VALUE>
1306  <VALUE>
1307    <RECT>
1308      <R>745,2845,1314,2904</R>
1309    </RECT>
1310    <TEXT>Echokardiographie:</TEXT>
1311  </VALUE>
1312  <VALUE>
1313    <RECT>
1314      <R>117,2934,204,3019</R>
1315    </RECT>
1316    <TEXT>*</TEXT>
1317  </VALUE>
  
```

OCR, PDF, XMP

ID §301 Check
ID Belegstellenanalyse
Zur Fallcodierung,
Fallprüfung und
Aktennavigation

Arztbrief (unstrukturiert)

ENTSCHEIDERFABRIK

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 5+5=10
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Versorgung mit künstlichem Blasenschließmuskel am 12.10.2011

Anamnese:

Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbioptisch gesichertem Prostatakarzinom, welches seit November 2010 bekannt ist. Bereits damals betrug der Gleason Score 5+5=10. In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lymphadenektomie mit PE-Entnahme durchgeführt worden, die eine Infiltration der gesamten Tumorumgebung belegte. Die Lymphknoten waren damals tumorfrei. Nach radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf eine Radiotherapie durchgeführt und der Pat. dann mit LHRH-Analoga behandelt. Der Patient leidet an hochgradiger Inkontinenz mit Notwendigkeit einer Versorgung mit Vorlagen.
In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein schnappender Finger Daumen re.

Aufnahmebefund:

Pat. in gutem AZ und EZ. Herztöne rhythmisch und rein. Pulmo mit vesikulärem Atemgeräusch. Abdomen weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen. Nierenlager bds. frei. In der rektalen Untersuchung direkt unter der Schleimhaut sitzendes Karzinomrezidiv von holzharter Konsistenz, daher führten wir einen durch . Nicht überall gut verschiebliche Schleimhaut.

Sonographie:

Gering endovesikal entwickelte Prostata. Zyste der re. Niere, li. Niere Harnstauungsnier I-II°.

Verlauf:

Da der Eingriff mit Versorgung mit artifiziellem Harnblasensphinkter am 11.10. 11 gestaltete sich komplikationslos. Im weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehender Nitrit-pos. Harnwegsinfekt anbehandelt.

Letzte Medikation:

Ibuprofen 400	1-1-1
Pantozol 20	0-0-1

Therapieempfehlungen:

Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit LHRH-Analoga und Wiedervorstellung zur postoperativen Nachsorge und Funktionsüberprüfung..

Labor:

Leukos	5,9/nl
Hb	14,0g/dl
Kreat	0,87mg/dl
CRP	0,78mg/dl
PSA	0,05ng/ml

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Herausforderungen: OCR

ENTSCHEIDERFABRIK

- Optimierung der Autokorrektur für typische Fehler bei der automatisierten Texterkennung innerhalb von Bildern (OCR)

TIFF: Therapie:
Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum 5-916.a2

OCR: Therapie:
Temporäre Weichtei@deckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur 5-916.a2
Vakuumversiege@ung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum

IE: @nktion nach Eingab...
Therapie:
Temporäre Weichtei@deckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur 5-916.a2
Vakuumversiege@ung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum

- Rechtschreibfehlerkorrektur

Koronarangiographie:
Akutes Koronarsyndrom

→ *I24.9- Akutes Koronarsyndrom*

- Abkürzungserkennung

mit instab. AP 12/ 2011

→ *I20.- Instabile Angina pectoris*

- **Sprachunabhängig**
- **Klassifikationsunabhängig**
- **differenziert (grob/fein) mit semantischen Filtern**

Bsp.:

- **herkömmlich**
 - Karzinom, CA, Ca., Krebs, Melanom, Polyp etc.
 - viele ICD-Codes Bereich C-D
- **semantisch**
 - Suche nach Neubildungen (gutartig/bösartig)

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 5+5=10
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Versorgung mit künstlichem Blasenschließmuskel am 12.10.2011

Anamnese:

Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbioptisch gesichertem Prostatakarzinom, welches s November 2010 bekannt ist. Bereits damals betrug der Gleason Score 5+5=10. In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lymphadenektomie mit PE-Entnahme durchgeführt die eine Infiltration der gesamten Tumorumgebung belegte. Die Lymphknoten wa-ren damals tumo radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eine Ra-diatio durchgeführt und der mit LHRH-Analoga behandelt. Der Patient leidet an hoch-gradiger Inkontinenz mit Notwendigkeit Versorgung mit Vorlagen.

In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein schnappender Finger Daumen re.

Aufnahmebefund:

Pat. in gutem AZ und EZ. Herztöne rhythmisch und rein. Pulmo mit vesikulärem Atemgeräusch. weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen. Nierenlager bds. frei. In der rektalen Untersuc unter der Schleimhaut sitzendes Karzinomrezidiv von holzharter Konsistenz, daher führten wir durch . Nicht überall gut verschiebliche Schleimhaut.

Sonographie:

Gering endovesikal entwickelte Prostata. Zyste der re. Niere, li. Niere Harnstauungsniere I-

Verlauf:

Da der Eingriff mit Versorgung mit artifiziellem Harnblasensphinkter am 11.10. 11 gestaltete komplikationslos. Im weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehender Nitrit-pos. Harnweg anbehandelt.

Letzte Medikation:

Ibuprofen 400	1-1-1
Pantozol 20	0-0-1

Therapieempfehlungen:

Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit LHRH-Analoga und Wiedervorstellung zur postop- Nachsorge und funktionsüberprüfung..

Labor:

Leukos	5,9/nl
Hb	14,0g/dl
Kreat	0,87mg/dl
CRP	0,78mg/dl
PSA	0,05ng/ml

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Segmentierungen

- knifflige Negationen, z.B. der „hämodynamisch relevanten koronaren Herzerkrankung“ in

Invasiver Ausschluss einer hämodynamisch relevanten koronaren Herzerkrankung
am 07.12.2011

Syntaxbaum und Indexierungsbaum

ENTSCHEIDERFABRIK

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 befand.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 5- Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Versorgung mit künstlichem Blasenschließmuskel am 12

Anamnese:
Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbioptisch gesichertem P: November 2010 bekannt ist. Bereits damals betrug der Gleason Score In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lymphadenektomie mit die eine Infiltration der gesamten Tumorumgebung belegte. Die Lympf radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eine Ra-d: mit LHRH-Analoga behandelt. Der Patient leidet an hoch-gradiger Inl Versorgung mit Vorlagen.
In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein schnappender F:

Aufnahmebefund:
Pat. in gutem AZ und EZ. Herztöne rhythmisch und rein. Pulmo mit weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen. Nierenlager bds. frei unter der Schleimhaut sitzendes Karzinomrezidiv von holzharter Kon: durch . Nicht überall gut verschiebliche Schleimhaut.
Sonographie:
Gering endovesikal entwickelte Prostata. Zyste der re. Niere, 11. 1

Verlauf:
Da der Eingriff mit Versorgung mit artifiziellem Harnblasensphinkter am 11.10. 11 gestaltete sich komplikationslos. Im weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehender Nitrit-pos. Harnwegsinfekt anbehandelt.

Letzte Medikation:
Ibuprofen 400 1-1-1
Pantozol 20 0-0-1

Therapieempfehlungen:
Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit LHRH-Analoga und Wiedervorstellung zur posto-perativen Nachsorge und funktionsüberprüfung..

Labor:
Leukos 5,9/nl
Hb 14,0g/dl
Kreat 0,87mg/dl
CRP 0,78mg/dl
PSA 0,05ng/ml

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Indexierung – Abbildung in ID MACS®

ENTSCHEIDERFABRIK

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 5+5=10
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Versorg. mit künstlichem Blasenschließmuskel am 12.10.2011

Anamnese:
Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbiptisch gesich. Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbiptisch gesich. November 2010 bekannt ist. Bereits damals betrug der Gleason In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lymphadenektomie die eine Infiltration der gesamten Tumorumgebung belegte. Di radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eir mit LHRH-Analoga behandelt. Der Patient leidet an hoch-gradig Versorgung mit Vorlagen.
In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein schnappe

Aufnahmebefund:
Pat. in gutem AZ und EZ. Herztöne rhythmisch und rein. Puls weich, kein Druckschmerz, keine Resistenzen. Nierenlager bds unter der Schleimhaut sitzendes Karzinomrezidiv von holzhart durch . Nicht überall gut verschiebliche Schleimhaut.
Sonographie:
Gering endovesikal entwickelte Prostata. Zyste der re. Niere

Verlauf:
Da der Eingriff mit Versorgung mit artifiziellem Harnblasens komplikationslos. Im weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme anbehandelt.

Letzte Medikation:
Ibuprofen 400 1-1-1
Pantozol 20 0-0-1

Therapieempfehlungen:
Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit LHRH-Analoga ur Nachsorge und funktionsüberprüfung..

Labor:
Leukos 5,9/nl
Hb 14,0g/dl
Kreat 0,87mg/dl
CRP 0,78mg/dl
PSA 0,05ng/ml

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Eingabe: Versorgung mit künstlichem Blasenschließmuskel

- T001340 (Harn)blasenschließmuskel
 - T001340 (Harn)blasenschließmuskel
 - T001340 M. sphincter vesicae (urinariae)
 - V0000BB Versorgung [1]
 - V0000BB versorgen [1]
 - V0000BB Versorgung [1]
 - GA005D7 mit
 - GA005D7 mit
 - GA005D7 cum
 - GA00642 künstlich
 - GA00642 künstlich
 - GA00642 artificialis
 - GA00642 künstl.
 - GA00642 factitius
 - GA00642 artefiziell
 - GA00642 Artefakt [2]

Sicht 0 - Allgemein Relation 0 - PartOf Relation Sprache Deutsch

Ergebnis: Codiervorschläge in ID DIACOS®

ENTSCHEIDERFABRIK

The screenshot shows the ID DIACOS software interface. The main window displays a patient record for 'Herta' with a search for 'Versorg. mit künstlichem Blasenschließmuskel'. The search results show two codes: 5-597.y and 5-597.x. A detailed view of the search results is shown in a separate window.

Suchtext: Versorg. mit künstlichem Blasenschließmuskel

Codiervorschläge:

Code	Katalogtext	Sim
☐ 5-597.y	Eingriff bei artefziellem Harnblasensphinkter onA	87
☐ 5-597.x	Sonstiger Eingriff bei artefziellem Harnblasensphinkter	87

Detailed View of Search Results:

Code	Katalogtext
☐ 5-597.y	Eingriff bei artefziellem Harnblasensphinkter onA
☐ 5-597.x	Sonstiger Eingriff bei artefziellem Harnblasensphinkter

Document List:

Code	Katalogtext
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
I25.3	Herz (-Wand) -Aneurysma
1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Dru...
1-668.x	Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma: Sonstige
8-854.2	Hämodialyse: Intermitterend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antik...
1-760	Oraler Glukosetoleranztest

Text in Patient Record:

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 5+5=10
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: **Versorg. mit künstlichem Blasenschließmuskel am 12.10.2011**

Anamnese:
Die Vorstellung des Pat. erfolgte mit stanzbiptisch gesichertem Prostatakarzinom, welches seit November 2010 bekannt ist. Bereits damals betrug der Gleason Score 5+5=10. In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lymphadenektomie mit PE-Entnahme durchgeführt worden, die eine Infiltration der gesamten Tumorumgebung belegte. Die Lymphknoten waren damals tumorfrei. Nach radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eine Radiotherapie durchgeführt und der Pat. dann mit LHRH-Analoga behandelt. Der Patient leidet an hoch-gradiger Inkontinenz mit Notwendigkeit einer Versorgung mit Vorlagen. In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein schnappender Finger Daumen re.

Aufnahmebefund:

Analyse abgeschlossen.

Vorschläge M->D in ID DIACOS®

ENTSCHEIDERFABRIK

The screenshot displays the ID DIACOS software interface. A 'Ermitteln' (Determine) dialog box is open, showing the following details:

- Wirkstoffe / Medikamente:** simvastatin
- Indikationen:** atherosklerotische Herzkrankheit, Diabetes mellitus, homozygote familiäre Hypercholesterolemie, Hyperlipidämie, koronare Herzkrankheit
- Diagnosen:** atherosklerotische Herzkrankheit

Two callout boxes highlight the selected items:

- Wirkstoffe / Medikamente: simvastatin
- Indikationen: atherosklerotische Herzkrankheit

The background interface shows a patient data table with columns for GRP, PHM, H, KR, S, Code, Diagnose, V, G, C, DRG, CW, and L. The table lists diagnoses such as Aortensklerose (Code 170.0) and Koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung (Code I25.12).

Zusammenfassung

- Erschließen und Verarbeiten klinischer Dokumente (digital und digitalisiert)
 - Extraktion von Diagnosen, Prozeduren, Medikamenten etc.
-
- **Effizienz und Effektivität bei MDK-Anfragen**
 - **Codierqualität**
 - **Erlössicherung**

Agenda

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
- 2 Thematischer Initialvortrag – Theorie und Praxis
- 3 **Zusammenfassung**

Take Aways

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Kommen Sie am **11.-12.02.2015** zum Entscheider-Event und
- 2
 - **"bestimmen"** Sie mit Ihrer Wahl die 5 IT-Schlüssel-Themen !
 - **„beteiligen“** Sie sich an einem IT-Schlüssel-Thema.
 - **„gewinnen“** Sie mit der Beteiligung ein **“Lösungskonzept“** und
 - Ihre ganze Organisation **„profitiert“** von diesem **"Konzept"** !
Es fallen lediglich die eigenen Personalkosten an !

Zusammenfassung

- Das Ziel
- Die Gewinnung der Krankenhaus Unternehmensführung
- Das Konzept
- Die Beteiligten
- Der Nutzen der Beteiligten
- Wie kann man sich beteiligen
- Berichte & Seminare
- Preise bzw. Kosten

ENTSCHEIDERFABRIK

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Pierre-Michael Meier

ENTSCHEIDERFABRIK

luiG-Initiativ-Rat

Stv. Sprecher

Rochusweg 8

D-41516 Grevenbroich

Tel: +49(0)2182-57 03 60

Fax: +49(0)2182-57 03 42

Mobil: +49(0)170-23 03 11 1

E-Mail: Pierre-Michael.Meier@VuiG.org

Web: www.VuiG.org