

Grundlagen der medizinischen Dokumentation – inoffizieller Fragenkatalog

1) Was bedeuten die Begriffe Dokumentation, erschließen, Information und Wissen?

- Dokumentation:
 - Sammeln -
 - Erschließen -
 - Ordnen -
 - Aufbewahren - von Informationen oder Wissen
- Erschließen:
 - Inhaltliches verstehen eines Dokumentes; macht die in dem Dokument enthaltene Information zugänglich.
- Information:
 - Kenntnis über (konkrete) Sachverhalte, Vorgänge oder Objekte
- Wissen:
 - Kenntnis über den in einem Fachgebiet zu gegebener Zeit bestehenden
 - Konsens bzgl Terminologie, Zusammenhänge und Handlungsrichtlinien.

2) Wozu dient Dokumentation, d.h. was sind ihre allgemeinen Ziele?

Information und Wissen

- für berechnigte Personen,
- vollständig, aber
- ohne Ballast,
- zum richtigen Zeitpunkt,
- am richtigen Ort und
- in der richtigen Form - bereitstellen

- aufzeichnung für vernünftige Patientenbehandlung
- Rechtliche Vorschriften, haftungsrecht
- Dokumentation für die Verwaltung
- Qualitätssicherung, Forschung

b) Nenne einige spezielle Ziele.

Ziele im Bereich der Patientenversorgung:

Entscheidungsunterstützung, Erinnerungshilfe und Kommunikationshilfe,
Organisationshilfe

Ziele im administrativen und rechtlichen Bereich:

Finanzielle Vergütung , Controlling für die Versorgungseinrichtung

Ziele im Bereich des Qualitätsmanagements:

zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung.

Ziele im Bereich der Ausbildung

Ziele im Bereich klinisch-wissenschaftlicher Forschung

3) Was sind die Grundsätze medizinischer Dokumentation?

- zentrale Bedeutung
- benötigt klare Ziele
- systematisches Vorgehen.
- durch Computerneinsatz nicht automatisch besser !!
- muss geplant werden

- Sinnvolle Objektbezeichnungen und Inhalts- & Schlagwortverzeichnis (Index) enthalten
- Vergleichbare Dokumentationsobjekte enthalten damit man aus einer Dokumentation
- Erkenntnis gewinnen kann

4) Wozu dient die medizinische Dokumentation im Speziellen?

- Erinnerungs- und Kommunikationshilfe
- Organisationshilfe
- Entscheidungsunterstützung
- Finanzielle Vergütung für die Versorgungseinrichtung
- Controlling der Versorgungseinrichtung
- Haftung
- Meldepflichten
- Nachträgliche kritische Bewertung der Handlungen des fort-/auszubildenden
- Bereitstellen exemplarischer, realistischer Krankheitsverläufe für den Unterricht
- Zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgungen
- Nachträgliche kritische Reflexion einzelner Krankheitsverläufe
- Definierte Menge von Krankheitsverläufen im Qualitätsmonitoring
- Erfahrung aus der Versorgung einzelner Patienten soll verallgemeinert werden

5) Welche Arten von Zielen verfolgt die medizinische Dokumentation?

- Allgemeine Ziele
- Patientenversorgung
- Administrativen – rechtlichen Bereich
- Qualitätsmanagement
- Ausbildung
- Klinisch – wissenschaftliche Forschung

6) Was sind die Ziele im Bereich der Patientenversorgung?

- Entscheidungsunterstützung
 - Bereitstellen aller verfügbaren Informationen, die für eine Entscheidung relevant sind.
- Erinnerungs- und Kommunikationshilfe
 - Krankenakte für Erinnerungshilfe
 - Befunde und Berichte für Kommunikation zw. Versorgungseinrichtungen
- Organisationshilfe
 - Termine, Anordnungen, Untersuchungsaufträge

7) Was sind die Ziele im administrativen und rechtlichen Bereich?

- Finanzielle Vergütung für die Versorgungseinrichtung
 - Leistungsorientierte Krankenhausabrechnung
- Controlling der Versorgungseinrichtung
 - Zuordnung der entstandenen Kosten zu Leistungserbringer und Empfänger
- Haftung
 - Abwägen des Risikos bei Schadenersatzprozessen
 - Minimierung des Risikos bei Strafprozessen
- Meldepflichten

- Diagnosen für die Krankenkasse

8) Was sind Ziele im Bereich des Qualitätsmanagements, der Ausbildung und klinisch wissenschaftlicher Forschung?

Zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung besteht eine gesetzliche und eine standesrechtliche Verpflichtung.

Qualitätsmanagement durch:

- Nachträgliche kritische Reflexion einzelner Krankheitsverläufe
- Definierte Menge von Krankheitsverläufen im Qualitätsmonitoring

9) Was sind die Bedingungen für die multiple Verwendbarkeit für Patientendaten?

- Aufgaben und Fragestellung der Auswertungen werden vorab vereinbart
- Qualitätsansprüche der Daten richten sich nach der anspruchsvollsten vereinbarten Auswertungsaufgabe (z.B. Präzision einer Diagnose- oder Therapieangabe)

10) Wozu kann eine ungeplante oder schlecht geplante Dokumentation führen?

Verschwendung von

- Zeit und
- Geld
- Zu falschen Ergebnissen und damit
- falsche Behandlungen und dadurch wieder
- zur Gefährdung von Patienten

11) Was sind die inhaltlichen Ziele der Medizinischen Dokumentation?

- Unterstützung der Patientenversorgung
- Erfüllen rechtlicher Erfordernisse
- Unterstützung der Administration
- Unterstützung des Qualitätsmanagements
- Unterstützung der Forschung
- Unterstützung der Aus- und Fortbildung

12) Was für Arbeitsbereiche und Personengruppen enthält die Arztpraxis?

Arbeitsbereiche:

- Untersuchungs- und Behandlungsbereich
- Verwaltungsbereich (empfang, . .)
- Ggf. Funktionsbereich (röntgen-, labor-...)

Personengruppen:

- Arzt
- Arzthelfer
- Ggf. mta, rta,...

13) Was für Arbeitsbereiche und Personengruppen enthält das Krankenhaus?

Arbeitsbereiche:

- Stationären Patientenversorgung
- Ambulanten Patientenversorgung
- Funktionsbereiche:
 - Diagnostik
 - Therapie
 - Apotheke, Blutspendedienst, ...

- Krankenhausverwaltung:
 - Allg. Verwaltung (personal, ..)
 - Patientenverwaltung und – Abrechnung
 - Technik
- Leistungsbereiche:
 - Ärztliche Direktion
 - Verwaltungsdirektion

Personengruppen:

- Ärztliches Personal
- Pflegepersonal
- Verwaltungspersonal
- Diagnostischen und therapeutische Assistenzberufe
- Medizinische Informatiker und Dokumentare

14) Was für Arbeitsbereiche und Personengruppen enthalten Versorgungsnetzwerke und welche sonstigen Einrichtungen existieren?

Arbeitsbereich:

Netzwerk von Krankenhäuser und Arztpraxen zur kooperativen Behandlung ausgewählter Krankheiten

Personengruppen:

- Ärztliches Personal
- Pflegepersonal
- Verwaltungspersonal
- Diagnostischen und therapeutische Assistenzberufe
- Medizinische Informatiker und Dokumentare
- Arzt
- Arzthelfer
- Ggf. mta, rta,...
- Patient selbst
- Angehörige
- Pflegekräfte

Sonstige Einrichtungen

- Pflegedienste
- Laboratorien
- Krankenkassen
- Ministerien
- Statistik Austria
- ...

15) Was ist ein Objekt, was ein Objekttyp?

Objekt (Gegenstand):

Ausschnitt aus wahrnehmbaren oder vorstellbaren Welt

Jedes Objekt hat Eigenschaften

Objekttyp (Begriff):

Denkeinheit, die sich durch Abstraktion einer Menge von Objekten ergibt, die bzgl. Einer / mehreren Eigenschaften gleichartig sind.

zB. Patient Krankenhaus.

16) Was ist ein Merkmal, was eine Wertemenge und was für Skalenniveaus existieren bei Merkmalsarten? Wie stehen Objekt der äußeren Wirklichkeit und Datenobjekt miteinander in Beziehung?

Merkmal:

Eigenschaft eines Objektes innerhalb einer Dokumentation
(Merkmal = <Merkmalsart: Merkmalsausprägung>
Körpertemperatur: 38,3°

Wertemenge:

Mögliche Ausprägungen der Merkmalsart
zb Körpertemperatur kann nicht 200° sein.
[28°C, 45°C]

Skalenniveaus für Merkmalsarten:

Quantitative (messbare, zählbare Größe):

Verhältnisskala: absoluter Bezugspunkt (zB Körpergewicht in kg)

Intervallskala: kein absoluter Bezugspunkt, Differenzen berechenbar,
Verhältnisse nicht (zB Kalenderdatum)

Qualitative Merkmalsart (Wertemenge ist Menge von Bezeichnungen):

Ordinalskala: Rangfolge vorhanden (z.B Stadien einer Krankheit)

Nominalskala: keine Reihenfolge (zB. Blutgruppe)

Objekte der äußeren Wirklichkeit und Datenobjekt miteinander in Beziehung?

Das Datenobjekt repräsentiert das Objekt und das Objekt ist im Datenobjekt
abgebildet

17) Was bedeuten die Begriffe Definition, Bezeichnung, Terminologie und
Terminus?

Definition:

Festlegung der Inhalte eines Begriffes (sprachlichen oder auch andern Mitteln)

Bezeichnung:

Repräsentation eines Begriffs oder Objekts durch Sprache

Terminologie:

Gesamtbestand der Begriffe und Bezeichnungen in einem Fachgebiet.

Terminus:

„Benennung : Definition“

18) Was für Zusammenhänge existieren zwischen Begriffen/Bezeichnungen?

Synonyme

Antonyme

Homonyme

Homofone

Homografe

Hyperonyme

Hyponyme

19) Was bedeuten die Begriffe Information, Daten, Wissen und Nachrichten?

Information:

Kenntnis über bestimmte Sachverhalte oder Vorgänge

Daten:

Gebilde aus Zeichen oder kontinuierlichen Funktionen, die aufgrund von
Abmachungen Information darstellen können.

Wissen:

Kenntnis über den in einem Fachgebiet zu gegebener Zeit vorhandenen Konsens
hinsichtlich Terminologie, regelhafter Zusammenhänge und Handlungsrichtlinien.

Nachrichten:

Daten, die zum Zweck ihrer Weitergabe zusammengestellt und als Einheit

betrachtet werden.

20) Was sind die Funktionen eines Dokuments?

- Daten zusammenfassen
- Aufgabenspezifischen Zusammenhang ausdrücken
- Austauschmedium
- Dokumententräger
- Unterschiedlich stark strukturiert

21) Was ist ein Dokumentationssystem und was sind seine Aufgaben?

Was:

Anwendungssystem, das Dokumentationsaufgaben realisiert

Aufgaben:

Speicherung von Daten, Informationen und Wissen Abruf

Austausch via

Nachricht

Dokument

Mündlich

22) Was für unterschiedliche Arten von Dokumentationsinhalten gibt es und wodurch charakterisieren sie sich?

Klinische Informationen (klinische Fakten, Befunde):

Patientenbezogene Daten

Beschreibt Eigenschaften des Patienten, der Erkrankung, oder der medizinischen Versorgung

Medizinisches Wissen:

Abstrahiert von einzelnen Patienten

Beschreibt allg. med. Erkenntnisse

Krankheiten

Diagnostische oder therapeutische Verfahren.

Kenndaten des Gesundheitswesens:

Liefern statistisch aufbereitete Information zur Infrastruktur der Gesundheitsversorgung

Verteilungsdichte bestimmter Typen von Versorgungseinrichtungen, deren Auslastung und Kosten

Epidemiologische Daten

Passen auch zu Bereich Medizinisches Wissen

Statistik Austria

23) Was ist standardisierte Dokumentation, was wird darin zugeordnet, wie lassen sich die Datenobjekte vergleichen und was ist im Gegensatz nicht standardisierte Dokumentation?

Standardisiert Dokumentation:

Einheitliche Aufzeichnung der Merkmale von Datenobjekten eines Objekttyps

Zuordnung:

Datenobjekttypen (zb eingangsuntersuchung)

Merkmalsarten (zB Ernährungszustand)

Ausprägungen (ZB mager, normal, adipös)

Vergleichbarkeit:

Grundsätzlich auf 2 Ebenen

Formal: für jedes gewünschte Objekt werden relevante Merkmalsarten erhoben und einheitlich bezeichnet.

Inhaltlich: Wertemenge der Merkmalsausprägungen liefern einheitlichen Kontext, wodurch Stellenwert der Ausprägungen verdeutlicht wird.

Nicht standardisierte Dokumentation ist Freitext

24) Was ist horizontale und was vertikale Dokumentation und welche

Fragestellungen an die Dokumentation gibt es?

Unterschied ist ob es viele dokumente mit wenig merkmalen (horizontal (breite)) gibt (zB klinische Basisdoku der patienten) oder ob es wenige dokumente mit vielen Merkmalen gibt (vertikal (tief)) (Zb Klinische Studie)

Fragestellungen

Bei der auswertung kann sein
Patientenbezogen
Patientenübergreifend

25) Patientenbezogene Fragestellung: Was sind die Einsatzbereiche, die Eigenschaften, was ist wichtig, was sind Probleme und ihre Lösungsmethoden?

Einsatzbereiche:

Nachträgliche Beurteilung des medizinischen Vorgehens

- Qualitätsmanagement
- Haftungsprozesse

Eigenschaften

Details relevant

Meist basierend auf vertikalen dokumentationen

Meist keine Durchgängige Standardisierung

Orientierung an Dokumenten

Gute Übersichtlichkeit durch einheitliche Strukturen

zB. Anamnesebogen, Befunde, OP-Berichte,...

Wichtig:

Eindeutige Identifizierung der Patienten

Geeignete Darstellung der Daten

Probleme bzw deren Lösungsmethoden

P: Dokumente eines bestimmten Patienten werden nicht gefunden

Grund: kein eindeutiger Patientenbezug, id aus name ...

L: Surrogate verwenden

P: informationen fehlen

Grund: Info wurde nicht oder an andere Stelle aufgezeichnet

L: Standardisierung der Dokumentation, Datenintegration, angemessene Zugriffsrechte

26) Was ist direkte, was indirekte Dokumentation? Was ist das Ziel letzterer?

Direkte:

Datenobjekt repräsentiert direkt Objekt der äußeren Welt

Indirekt:

Datenobjekte repräsentieren wiederum andere Datenobjekte = Verweisdoku

ZIEL:

Ist damit man Dokumente findet die die gewünschte Information enthalten.

INODE bei linux genau das gleiche, es gibt pages die daten enthalten (

direkte) und andere die auf diese Verweisen (indirekte)

27) Was sind Vor- und Nachteile einer rechnerbasierten Dokumentation?

- + Geringer Platzbedarf
- + Effiziente Suchmöglichkeiten
- + Gleichzeitig an verschiedenen Orten verfügbar
- + Unterschiedliche Benutzer-Sichten → Datenschutz
- + Ausgabe unabhängig von Aufzeichnungsformat
- + Integration externer Daten mit geringem Aufwand und niedriger Fehlerquote
- entsprechende EDV Infrastruktur nötig
- Aufzeichnung aufwendig (Ordnungssystem)
- zumindest kurzfristig höhere Kosten

28) Was ist die Motivation bzgl Ordnungssystemen, was bedeuten die Begriffe Dokumentationssprache, Ordnungssystem, Thesaurus und notieren?

Motivation:

- Beim Dokumentieren erwünschte Freiheit ist für die Auswertbarkeit von Dokumentationssystemen problematisch
- Beinträchtigung durch Verwendung von
 - Synonymen
 - Homonymen

Dokumentationssprache:

Menge von Deskriptoren und Regeln für ihre Anwendung

Ordnungssystem:

Dokumentationssprache mit Begriffsordnung

Thesaurus:

Ordnungssystem mit terminologischen Hinweisen, zB Definition, unerlaubt Bezeichnung, Synonyme, Querverweise

Notieren:

Ermitteln und Aufzeichnen der Notationen (codieren, verschlüsseln)
zB. 540 = Deskriptor akute Appendizitis“

29) Was ist eine Klassifikation und was ist dabei zu beachten?

Klassifikation:

Ordnungssystem, das auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht.

Beachten:

Begriffe die zu einer Klasse kommen müssen mind. 1 gemeinsames Merkmal haben.
Jedes Objekt muss genau in einer Klasse sein → dadurch Informationsverlust
Klassen sollten das Fachgebiet vollständig abdecken und sich nicht überschneiden.

30) Was ist bei der Klassenanzahl zu beachten, was sind die Einsatzbereiche?

Es sollte ein Kompromiss zw. Genauigkeit und Übersichtlichkeit sein.

Mittlere Klassenbesetzung (KB)= anzahl der Datenobjekte / Klassenanzahl

Mittlere Varianz der KB

Stark besetzte Klassen reduzieren Genauigkeit
Schwach besetzte Klassen reduzieren Übersichtlichkeit

Idealfall:

Anzahl Klassen: tatsächliche KB = mittlere KB (auf deutsch) das alle Klassen gleich viel Objekte beinhalten

Wie kann man das unterstützen:

Klassen in Zentrum der Thematik (also die genau mit dieser Klassenregeln übereinstimmen) eng fassen.
Klassen am Rand der Thematik weit fassen.

Einsatzbereiche:

Patientenübergreifende Fragestellung

Wieder finden gleichartiger Datenobjekte

Für große dokus und benötigter Genauigkeit unbrauchbar da unübersichtlich

Richtwert: max. ca 10000 Klassen

31) Was für Typen von Klassen existieren und was ist für die Klassifikation wichtig?

Typen:

Monohierarchie ein Knoten (Klasse) kann genau nur einen root haben

Polyhierarchie: ein Knoten (Klasse) kann genauso auch zu mehr als einen root gehören.

32) Was ist ICD-10 und wie ist es aufgebaut?

ICD ist die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der 10 Revision.

Aufbau:

Einachsige monohierarchische, 4-stellige Klassifikation
4-stellig oder auch 3-stellig verwendbar.

Notation (alphanumerisch):

1. Stelle: Buchstaben

2.-4. Stelle Ziffer (vor 4. Stelle ein Punkt)

zB. E10.1 = Insulinabh.,...

33) Was sind die Charakteristika von ICD-10 und wie erfolgt die Umsetzung zwischen ICD-9 und ICD-10?

- semantisches Bezugssystem wechselt zwischen
 - Topographie
 - Pathologie
 - Ätiologie
- Klassenbildung
 - Primär statistische Kriterien
- Klassifikation:
 - Komplexe Ausdrücke durch (aufwendige) Klassenregeln genau einer Klasse zuordnen
 - In best. Fällen: Doppelklassifikation Grunderkrankungen + Lokalisation
- Umsetzung z. icd 9 und icd 10
 - Versionsproblem bei Klassifikationen:
 - Oft Auswertungen über nach verschiedenen Versionen klassifizierten Diagnosen benötigt.
 - Manuelle Nachklassifikation nach neuer Version meist inpraktikabel

- Automatischer Transfer in neue Version meist unmöglich, da neue Version meist feiner differenziert.
- Automatischer Transfer in alte Version meist möglich

34) Was ist ICPM?

Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin ICPM
 Prozeduren= Medizinischen Versorgungsmaßnahmen

35) Woraus besteht MEL? Was ist LKF, MBDS, der MEL-Katalog?

MEL: ausgewählte Medizinische Einzelleistungen (MEL)

LKF: Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF)

MBDS: Minimum Basic Data Set: Diagnosen- und Leistungsbericht mittels MBDS verpflichtend für jeden aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten

bedeutung:

Datenbasis für Abrechnung der Krankenhausleistungen
 Gesundheitsstatistik

Diagnosen mittels ICD 10

Ausgewählte medizinische Einzelleistungen mittels LKF

MEL-Katalog:

Grundsätzlich auf Einzelleistungen mit wirtschaftlicher Relevanz beschränkt (häufig oder teuer)

Gliederung:

12 operative Kapitel (organbezogene Gliederung)

1 nicht operatives Kapitel

36) Was ist das TNM-System, wie ist die Systematik, was sind ihre Präfixe und Zusatzklassen?

Dreiachsige Klassifikation zur

Einheitlichen Beschreibung der anatomischen Ausdehnung maligner Tumorerkrankungen

Ergänzung zur topographischen und histologischen Beschreibung von Tumoren (ICD -0)

Systematik:

Ausdehnung einer Tumorerkrankung wird durch Ziffern beschrieben

Tumor: Ausdehnung des Primärtumors (T0-T4)

Nodule: Befall regionärer Lymphknoten(N0-N3)

Metastasis: Existenz von Fernmetastasen (M0-M1)

Präfixe(Zusätzlich zu 3Basisachse kann jede Notation mit Präfixen und Zusatzklassen versehen werden):

clinical: Stadium vor der Behandlung

pathologic: Stadium nach OP, mit histopathologischen Methoden ermittelt
r tumorrezidiv

Zusatzklassen:

C Certainty Faktor: diagnostische Sicherheit

G histopatholog. Grading: Differenziertheit bzw. Malignität des Primärtumors

R Residualtumor-Klassifikation: nach OP verbliebener Residualtumor

37) Diagnose- und therapieorientierte Fallgruppensysteme: Aufgabe, Varianten, Anforderungen, Einsatzbereiche, Qualitätskriterien?

Aufgabe:

Klassierung eines gesamten Behandlungsfalles
 Variante1: alle Kombinationen von Haupt- und Zusatzdiagnosen
 Zu viele Kombinationen
 Weitere Einflussfaktoren unberücksichtigt → ungeeignet
 Variante2: Fallgruppen (DRGs), gegliedert nach Kriterien
 Anforderung:
 Kleine Anzahl von Fallgruppen
 Wenige charakteristische Merkmale als Input
 Homogen bzgl. Kosten und nach med. Gesichtspunkte Vollständig und disjunkt
 Einsatzbereiche:
 Finanzierung
 Basis für Gesundheitsberichterstattung
 Versorgungsforschung
 Entscheidungsfaktor für Qualität:
 Kostenrelation für Gruppen OK
 Hohe Datenqualität bei Klassifikationskriterien
 Wenig Spielraum bei Doku der Klassifikationskriterien
 Lokale Anpassung.
 Länderspezifische CWs (costweights)
 Ober/Untergrenze für Verweildauer → Zu/Abschläge
 Etc.

38) Was ist der CMI und wie wird er berechnet?

Case-Mix-Index

Maß für mittlere Kosten von Abteilungen/Krankenhaus

$CMI = \frac{\sum [n(i) * CW(DRG(i))]}{\sum n(i)}$

39) Was sind Nomenklaturen, wofür sind sie geeignet und wofür nicht, was für Typen existieren?

Nomenklaturen sind Zusammenstellungen von Bezeichnungen (Deskriptoren, Schlagworten)

Geeignet:

Finden möglichst vieler Dokumentationsobjekte mit einem bestimmten Merkmal

Nicht geeignet:

Bildung von Klassen (Gruppen), die dann zB. Zum Vergleich ausgezählt werden.

Typen:

Hierarchische Nomenklaturen

Mehrschichtige Nomenklaturen

40) Was ist die SNOMED, was sind ihre 7 Bezugssysteme?

Systematisierte **NOM**enklatur der **MED**izin ist die wichtigste allgemeine Nomenklatur der Medizin.

Bezugssystem:

- Topographie
- Morphologie
- Ätiologie (Etiologic)
- Funktion
- Krankheit (Disease)
- Prozedur
- Beruf (Job)

41) Was ist der MeSH-Thesaurus und was indexiert er?

MEdical **S**ubject **H**eading und ist der Thesaurus der National Library of Medicine (NLM)

Indiziert:

Artikeln in MEDLINE

Datneobjekte (bücher, Autoren) anderer NLM-DBs.-

Begriffsordnung: einachsige Polyhierarchie

41b) typische medizinische Dokumentationen?

- Krankenakte
- Krankenaktenarchive
- Klinische Basisdokumentation
- Spezialdokumentationen
- Befunddokumentation
- Klinische Tumordokumentation
- Qualitätssicherung
- Klinische und epidemiologische Register
- Dokumentation in der ärztlichen / zahnärztlichen Praxis

42) Was ist die Krankenakte, was sind die Probleme dabei und was sind Vor- und Nachteile der elektronischen Krankenakte?

Umfasst alle Daten / Dokumente, die im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung eines Patienten an einer Einrichtung erstellt werden.

Probleme:

Krankenakte häufig aufgeteilt (es sollte dann deutliche Verweise auf die Sonderakten geben (indirekte Doku.).

+ Multilokal (gleichzeitig an mehreren Orten)

+ Geht nicht verloren (halt ich für ein Gerücht)

+ Nutzerabhängige Sichten

+ Übersichtliche Aufbereitung bei strukturierten Daten → Qualitätsverbesserung

- Technikabhängigkeit

- Kosten

43) Wodurch charakterisieren sich Krankenaktenarchive?

Müssen 30 Jahre aufbewahrt werden

Medien:

Papier

Mikrofilm

Digital-optische Platten (WORM)

NUTZEN ↔ (rechtliche) Sicherheit

44) Was ist klinische Basisdokumentation, was Spezialdokumentation und was Befunddokumentation?

Klinische Basisdokumentation

Standardisierte Dokumentation der Diagnosen und wichtiger operativer Therapien (eines Krankenhauses) (horizontale Dokumentation)

Spezialdokumentation

Dokumentation vieler und detaillierter Merkmale spezieller Patienten zur Beantwortung einer spezifischen Fragestellung (vertikale Doku)

Befunddokumentation:

Enthält viele (sämtliche?) Einzelbefunde ↔ Basisdoku

Wesentlicher Bestandteil der Krankenakte
Strukturierung sehr uneinheitlich
Verlaufdokumentation:
Kurve für quantitative Daten
Tabelle für qualitative Daten
Verlaufsnotizen (Datum: freitextliche Eintragung)

45) Wodurch charakterisiert sich klinische Tumordokumentation und was sind ihre zentralen Bestandteile?

Hoher Dokumentationsbedarf
Primär Patientenbezogener Einsatzbereich
Patientenübergreifender Einsatzbereich
Zentrale Bestandteile:

- Zeitpunkt der Diagnose
- Tumorart
- Lokalisation
- Histologie
- TNM-Stadium
- Wichtige Therapien
- Ggf. Todesdatum

46) Was ist die Motivation für Qualitätsmanagement, welche 3 Arten existieren und welche Rolle spielt darin die medizinische Dokumentation?

Standesrechtliche Pflicht
Gesetzliche Pflicht
Wirtschaftliche Notwendigkeit

3 Arten

- Strukturqualität
 - o Räumlich Gegebenheiten, apparative und technische Ausstattung, Ausbildungsstand von Personal
- Prozessqualität
 - o Übereinstimmung ärztliches Vorgehen ↔ anerkannte Grundsätze der klinischen Praxis
- Ergebnisqualität
 - o Bewertung des Therapieerfolgs (PRIMÄRES QUALITÄTSKRITERIUM)

47) Was ist ein Register, welche Arten davon existieren und wodurch charakterisieren sie sich?

Ist ein Standardisierte, langfristige Dokumentation von Daten eines definierten Untersuchungskollektivs, das Vollzähligkeit innerhalb dieses Kollektivs anstrebt. Dient der systematischen , patientenübergreifenden Auswertung von Krankheitsverläufen für:

klinisch-wissenschaftliche Fragestellungen
epidemiologische Fragestellungen

Arten:

Klinische Register

Kollektive beschränkt auf wenige Versorgungseinrichtungen →
Erkenntnisse nicht direkt auf Bevölkerung übertragbar

Epidemiologische Register

Kollektiv deckt eine Region möglichst vollständig ab und dient zur
Erforschung meist schwerer / seltener Krankheiten

48) Wodurch charakterisiert sich die Dokumentation in der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis?

Geringerer Umfang als im stationären Bereich

Karteikarten, -taschen

Meist Verlaufsdocs

Ziele der Doku:

 Patientenversorgung

 Basis für Abrechnung und rechtliche Absicherung

49) Was sind die Fragestellungen und Aufgaben der medizinischen Dokumentation bei klinisch-wissenschaftlichen Studien?

Wie zuverlässig ist ein diagnostisches Verfahren?

Ist eine bestimmte Therapieform bei gegebener Indikation wirksam oder gar besser als eine bereits etablierte Therapieform?

Aufgaben:

 Bildung des Untersuchungskollektivs: Patientenauswahl anhand definierter

 Merkmale (zB. Männer unter 60J. mit Blasen Vorderwandkarzinom)

 Liefen von Informationen zum Untersuchungskollektiv

 Gewinnung von verallgemeinerbaren Aussagen

50) Welche Untersuchungs- und Auswertungsvarianten existieren?

Untersuchung-

 Prospektiv: Ausschau nach möglichen Wirkung einer angenommenen Ursache

 Retrospektiv: Ausschau nach möglicher Ursache einer beobachteten Wirkung

Auswertungs-varianten:

 Prolektiv: Auswahl des Untersuchungskollektivs bevor auch nur Teil der Daten aufgezeichnet wurde.

 Retrospektive: Auswahl des Untersuchungskollektivs nachdem zumindest Teil der Daten aufgezeichnet wurde.

51) Was sind die Anforderungen und Umsetzungsmethoden?

Sorgfältige def. Von UK und ZGG in Planungsphase

Studienkontrolle

Randomisierte Gruppenzuteilung

52) Wodurch charakterisiert sich eine Interventionsstudie, wodurch diagnostische Studien?

53) Wodurch charakterisieren sich klinische Therapiestudien, wodurch eine Beobachtungsstudie?

Klinische Therapiestudien

 Erprobung neuer Therapien unter kontrollierter Bedingungen

Beobachtungsstudie

 Beobachtung von Krankheitsverläufen und Ermittlung prognostischer Kriterien.

 Fall-Kontroll Studie

 Kohorten Studie

54) Was ist GCP?

Good Clinical Practice

Regelwerk zur korrekten Durchführung von Arzneimittelstudien.

55) Wodurch charakterisiert sich ein Studienprotokoll?

Schreibt alle Details der Durchführung einer Studie vor.
Jede Änderung wird förmlich beschlossen und beigefügt

56) Wodurch charakterisiert sich ein Datenerhebungsbogen?

Legt zu erhebende Daten fest zB.

Zielgrößen

Begleiterkrankungen ...

57) Was ist Monitoring und was sind die Aufgaben diesbezüglich?

+ Erstbesuch bei Studienärzten (Erläuterung zu Studienprotokoll, CRFs, Aufgaben der Studienärzte, ...)

+ Laufende Prüfung der Patientenrekrutierung pro Arzt

+ Laufende Besprechungen bzgl. Probleme (spez. Doku)

+ Prüfung der CRFs auf Vollständigkeit und Plausibilität

+ Bearbeitung von Fehlern und Rückfragen

+ Abschlussinfo für Studienärzte bei Studienende

58) Was ist Auditing/Qualitätssicherung und was sind die Aufgaben diesbezüglich?

+ Sicherstellung lückenloser und vollständiger Doku

+ Überprüfung der Monitore (freigegebene CRFs)

+ Überprüfung der Teilnehmer (Leiter, Ärzte, ...)

+ SOPs für alle Schritte vorhanden und eingehalten?

+ Überprüfung der Abweichungen vom Studienprotokoll

+ Bewertung der Güte der Daten und Doku

+ Qualitätszertifizierung von Daten, Doku, Ergebnisse

59) Wodurch charakterisiert sich die Weiterverarbeitung der Studiendaten?

60) Wodurch charakterisiert sich die Auswertung?

61) Was enthält das TMF bei dessen Archivierung?

+ Investigator-Brochure (Erkenntnisse Studienbeginn)

+ Studienprotokoll

+ Votum der Ethikkommission

+ Randomisierungsplan

+ Ausgefüllte CRFs

+ Monitor-, Audit- und Qualitätssicherungsberichte

+ Data Queries mit resultierenden Korrekturen

+ Protokoll zu Abschluss der DB

+ Zur Auswertung freigegebene DB

+ Biometrischer Auswertungsbericht

+ Med. Abschlussbericht

- Muss 2 Jahre länger verfügbar sein als Arznei vertrieben wird