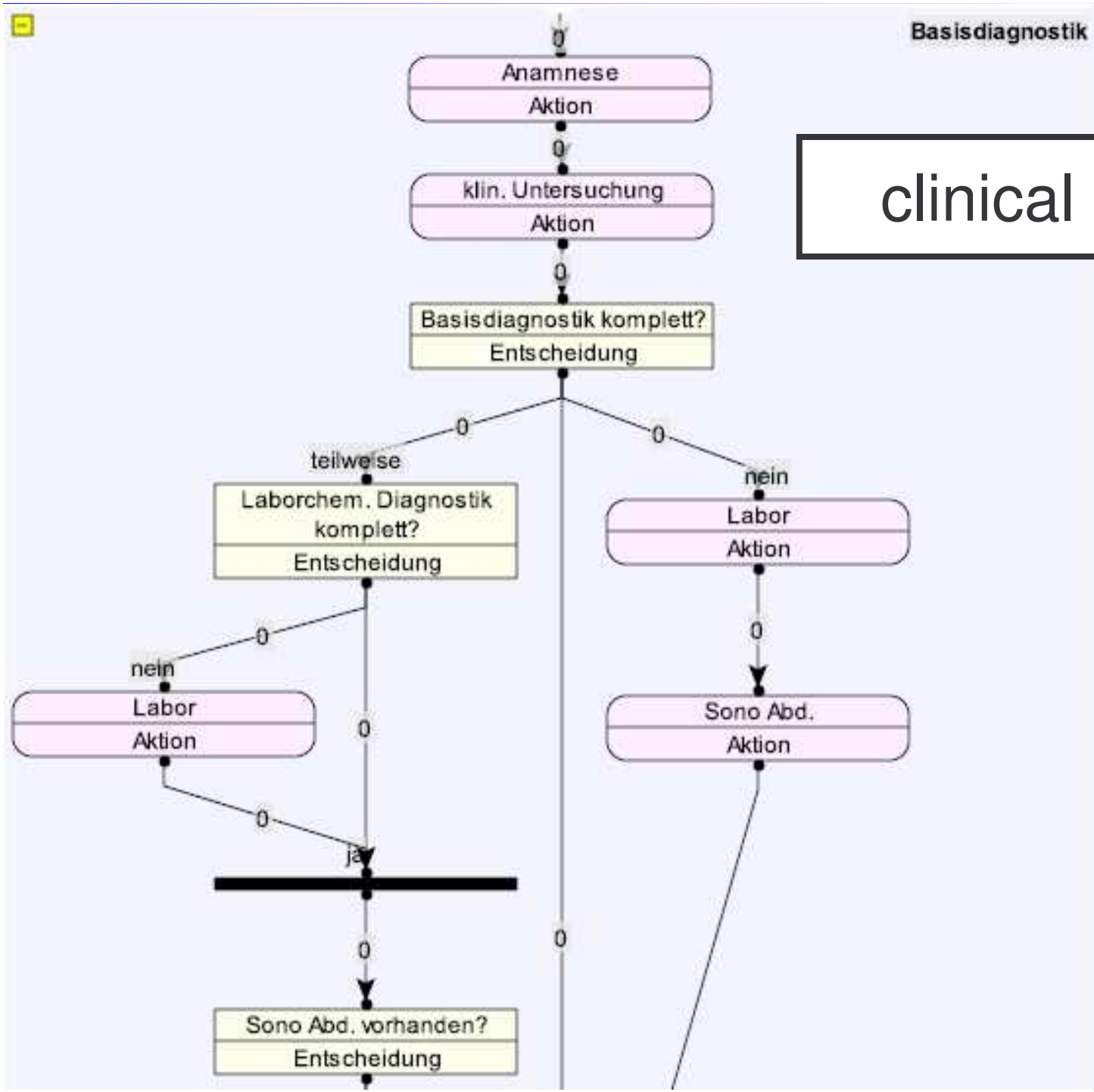
Prozessoptimierung im Krankenhaus durch IT-gestützte clinical pathways – Innovationen 2007

S. Richter, P. Jacob, J. Schuld, M.K. Schilling

Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar



clinical pathway

Stationsarbeitsplatz

en Springen Einstellungen System Hilfe

ng. Peter JACOB

Grundeinstellung

Zugänge (Ein/Aus) | Sanka | Betten | Aufnahme | Verlegung | Entlassung | Abwesenheit | Operation anlegen | OP-Monitor | Dokum

Anforderung | Diag.+/- | Diagnosen | Prozeduren | Leistungen | DRG | Fallübersicht | Patientenorganizer | Laborkumulativbefund

Aufklärungsbogen | Terminübersicht Pat. | Vitalwerte Sammelerfassung | Pflegekategorien pflegen | Patientenpfad

Belegungen CA-10 vom 16.11.2004 15:25 mit 15 Belegungen

Zimmer	Bett	Patientenname	Abw.	R	A	D	K	Freitext Diagnose	QS	Info	Bemerkung	Pfad	Berufsgr.
A537	A	Jacob 305		!			K						Arzt, Pflege
	B	Wein 1			A		K	pAVK					
	C	Schimmel Bert					K						
A538	A	Beispielpatient Werner			A	D	K	Augenerkrankung durch Toxoplasmen					
	B	Old Spice Douglas			A	D	K	Beinbruch					
	C	Denver John			A	D	K	Cataracta nuclearis senilis					
A539		Neurol11 Neuro					K						
	A												
	B	Test Frieda			A	D	K	Grauer Star					
	C	Hellwig Maria			A	D	K						
A540	A	Lang Lukas			A	D	K	Cholezystolithiasis					
	B	Jacob 105			A	D	K	Struma					
	C	Wolf Reiner			A	D	K	Katarakt					
A541	A	Jacob 63			A	D	K	Cholezystolithiasis					Arzt, Pflege
	B	Jacob 303					K	Struma					
	C	Jacob 304					K	Cholezystolithiasis					Arzt, Pflege

Patientenpfad Bearbeiten Springen Schritt Ansicht Hilfsmittel System Hilfe

Patientenpfad bearbeiten für [redacted]

„to-do“-Liste

Stat...	AkPlandat	AkPlanzeit	neu...	Gruppe	Name	Zust...	Itemtyp	URL	Notiz	Antwort	Änderer	VMA
	04.11.20...	23:59:59			START							
	07.11.20...	23:59:59		Entlasstag	Entlassbrief	Arzt					BURK...	
	07.11.20...	23:59:59		Entlasstag	QS-Bogen	Arzt					BURK...	
	04.11.20...	23:59:59		Ambulanz Vorst...	Anamnese	Arzt					RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Ambulanz Vorst...	Klinische Untersuchung	Arzt					CA-10	CA-
	04.11.20...	23:59:59		Ambulanz Vorst...	Umfelddiagnostik	Arzt					LINDE...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Ambulanz Vorst...	Stat. Fall und OP-Termin	Arzt					CA-10	CA-
	04.11.20...	23:59:59		Ambulanz Vorst...	Aufklärungsbogen	Arzt					RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59			Pause bis stationäre Aufnahme	Arzt					RICH...	
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	chir. Aufklärung	Arzt					RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	Anästhesiologische Aufklärung	Arzt					RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	Blutabnahme und EKG						RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	Konsile	Arzt					RICH...	RIC
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	Vollständigkeit der Befunde	Arzt					BURK...	BUI
	04.11.20...	23:59:59		Aufnahmetag	Patienten-OP-Vorbereitung						RICH...	RIC
	05.11.20...	23:59:59		OP-Tag	OP-Transport						RICH...	RIC
	05.11.20...	23:59:59		OP-Tag	OP-Durchführung und Dokumentat...	Arzt					BURK...	BUI
	05.11.20...	23:59:59		OP-Tag	Pflegerische Post-OP Massnahmen						BURK...	BUI
	06.11.20...	23:59:59		Post-OP-1	Verbandswechsel und Drainageko...						BURK...	BUI
	06.11.20...	23:59:59		Post-OP-1	Laborkontrolle Bilirubin > 2mg%					Nein	CA-10	CA-
	06.11.20...	23:59:59		Post-OP-1	Vollkost nach Abführen						CA-10	CA-
	07.11.20...	23:59:59		Entlasstag	Verbandswechsel						CA-10	CA-
	07.11.20...	23:59:59			ENDE						BURK...	BUI
	06.11.20...	23:59:59		Post-OP-1	Vollmobilisation						CA-10	BUI

Innovationen 2007

- Hinterlegung von Evidenz
- Pfadbibliothek
- pathways Auswertungen
- Pfadüberwachung
- zentrales Patientenmanagement (ZPM)
- „verknüpfte“ pathways
- Automatisierung
- Patientenzufriedenheit & Anwenderzufriedenheit
- „cost effectiveness“

Hinterlegung von Evidenz

Patientenpfad Bearbeiten Springen Schritt Ansicht Hilfsmittel System Hilfe

Status	AkPlandatum	neu...	Gruppe	Name	Zuständig	Itemtyp	Link	Kom...	Antwort	VMA	BearbDatum	BearbZeit	Fall
	10.10.2007			START Schilddrüsenkarzinom									2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Anamnese	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:36:50	2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Klinische Untersuchung	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:36:57	2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Umfelddiagnostik	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:37:00	2348909

Klin Info Schritt | Kommentare (Schritt) | Aktivitäten (Schritt) | Behandlungspfad | Grafik | Link (Pfad) | Patienteninformation | Kommentare (Pfad) | Aktivitäten (Pfad)

Stop | Zurück | Vorwärts | Aktualisieren

Klinikleitfaden Struma maligna - Schilddrüsenkarzinom

Diagnostik

- Zervikale Sonografie[1-4]
- Szintigraphie[5, 6]
- Feinnadelpunktion[7-9]
- T3, T4, TSH, Thyreoglobulin, Ca, Calcitonin[10-13]
- Röntgen Thorax in 2 Ebenen
- HNO (Stimmbandbeweglichkeit)[14, 15]
- bei Verdacht auf organübergreifendes Wachstum : Oesophagus-Breischluck, Trachea-Zielaufnahmen
- bei medullärem und undifferenziertem Karzinom MRI zum Ausschluß von Fernmetastasen

Operationsindikation

Patientenpfad Bearbeiten Springen Schritt Ansicht Hilfsmittel System Hilfe

Status	AkPlandatum	neu...	Gruppe	Name	Zuständig	Itemtyp	Link	Kom...	Antwort	VMA	BearbDatum	BearbZeit	Fall
	10.10.2007			START Schilddrüsenkarzinom									2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Anamnese	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:36:50	2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Klinische Untersuchung	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:36:57	2348909
	10.10.2007		Ambulanz Vorstati...	Umfelddiagnostik	Arzt					ELLENBER_M	10.10.2007	10:37:00	2348909

Klin Info Schritt | Kommentare (Schritt) | Aktivitäten (Schritt) | Behandlungspfad | Grafik | Link (Pfad) | Patienteninformation | Kommentare (Pfad) | Aktivitäten (Pfad)

Stop | Zurück | Vorwärts | Aktualisieren

Literatur:

1: Tan GH, Arch Intern Med 1995 Dec 11-25;155:2418-23 [II]
2: Leitlinie zur Schilddrüsendiagnostik [V]
3: Papini E, J Clin Endocrinol Metab 2002 May;87(5):1941-6 [III]
4: Rago T, Eur J Endocrinol 1998 Jan;138(1):41-6 [III]
5: Sharma R, Clin Nucl Med 2004 Sep;29(9):534-7 [III]
6: Demirel K, Eur J Nucl Med Mol Imaging 2003 May;30(5):642-50. Epub 2003 Mar 1. [III]
7: Kim EK, AJR Am J Roentgenol 2002 Mar;178(3):687-91 [III]
8: Alexander EK, Ann Intern Med 2003 Feb 18;138(4):315-8 [III]
9: Erdogan MF, Thyroid 1998 Dec;8(12):1087-90 [III]
10: GETC (Groupe d'Etudes des Tumeurs a Calcitonine), J Clin Endocrinol Metab 2000 Feb;85(2):919-22 [III]
11: Iacobone M, World J Surg 2002 Aug;26(8):886-90. Epub 2002 May 21. [IIb]
12: Scheuba C, Surgery 1999 Dec;126(6):1089-95 [IIb]
13: Karges W (DGE-Thyroid Section), Exp Clin Endocrinol Diabetes 2004 Jan;112(1):52-8 [V]
14: Randolph GW, Surgery 2006 Mar;139(3):357-62 [III]
15: Farrag TY, Laryngoscope 2006 Feb;116(2):235-8 [III]
16: DeGroot LJ, J Clin Endocrinol Metab 1990 Aug;71(2):414-24 [IIIb]
17: Mazzaferri EL, Am J Med 1994 Nov;97(5):418-28 [IIIb]
18: Noguchi M, Int Surg 1990 Oct-Dec;75(4):220-4 [IIIb]
19: Akslen LA, Cancer Research 1991 Feb 15;51(4):1224-41 [IIIb]

C21 (1) (001) | sap-ap10 | INS | 12:42

Adresse http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7503600?dopt=AbstractPlus
Google Los geht's! Lesezeichen 1018 blockiert Rechtschreibprüfung Senden an

1: Arch Intern Med. 1995 Dec 11-25;155(22):2418-23.

Solitary thyroid nodule. Comparison between palpation and ultrasonography.

Tan GH, Gharib H, Reading CC.

Division of Endocrinology/Metabolism and Internal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minn, USA.

OBJECTIVE: To determine the accuracy of clinical palpation in the diagnosis of solitary thyroid nodule in comparison with ultrasonographic findings. METHODS: From a computerized database of 1774 patients with the diagnosis of nodular thyroid disease made from January 1990 through December 1991 at our institution, we retrieved and reviewed the medical records of the 193 patients who underwent ultrasonography of the thyroid (42 patients with multinodular glands on palpation were excluded). Nodules were categorized as "solitary" or "dominant nodule of a multinodular gland." Concordance rates were measured between results of palpation and ultrasonographic findings. RESULTS: Of 151 patients included in the study, 78 had solitary nodules on ultrasonography and 73 had multiple nodules. Of those with multiple nodules, 49 had two nodules and 24 had three or more nodules. Of clinically palpable nodules, 89% were 1 cm or greater in diameter. In 72% of the patients with multiple nodules, the other nodules not identified on palpation were less than 1 cm in diameter. The overall concordance rate between the size of the solitary nodule or the dominant nodule in a multinodular gland estimated with clinical palpation and the actual size seen on ultrasonography was 72%. The relationship between multiple nodules and malignancy was not statistically

Related Links

- Fine-needle aspiration biopsy of the between thyroid palpation and ultra
- Usefulness of ultrasonography in th thyroid disease.
- Current status of fine needle aspirat
- Prevalence and distribution of carci and multiple thyroid nodules on s [J
- The association of colour flow Dopp conventional ultrasonography impro

Patient Drug Information

- Thyroid (Armour® Thyroid) Thyroid the body. When taken correctly, thy symptoms of hypothyroidism (e.g.

Pfadbibliothek

Pfadbibliothek

Pfadbibliothek Bearbeiten Springen Hilfsmittel System Hilfe

Suchen Alle Drucken

Laparoskopische Cholezystektomie

Behandlungspfad	Titel Patienteninfo	Beschreibung
Laparoskopische Cholezystektomie	Lap. Entfernung der Gallenblase	Laparoskopische Entfernung der Galle...
Gallenblasenkarzinom	Operation bei Karzinom der Gallenblase	Operation bei Karzinom der Gallenblase
Konventionelle (offene) Cholezystektomie	Offene Entfernung der Gallenblase	Konventionelle (offene) Entfernung der ...
Schilddrüsenkarzinom	Schilddrüsenkarzinom	Schilddrüsenkarzinom
Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste		Laparoskopische Entdeckelung (Deroo...
Primärer Hyperparathyreoidismus		Primärer Hyperparathyreoidismus
Gutartige Schilddrüsenerkrankung		Gutartige Schilddrüsenerkrankung
Leistenhernie	Operation eines Leistenbruches	Leistenhernie Ersthernie, einseitig oder ...
Hypertherme Extremitätenperfusion		Isolierte hypertherme Extremitätenperfu...
Appendizitis	Blinddarmoperation	Entfernung des Wurmfortsatzes
Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)	Operation bei Dickdarmtumor	Elektive Operation bei bösartigem Tum...
Rückverlagerung doppelläufiges Ileostoma	Rückverlagerung künstlicher Darmausgang	Rückverlagerung doppelläufiges Ileost...
Lebermetastasen	Lebermetastasen	Lebermetastasen
Narbenhernie, ventral	Operation eines Narbenbruches	Narbenhernie, ventral
pAVK Femoralis TEA	OP bei Oberschenkelgefäßverschluss	pAVK Femoralis TEA bei arteriosklerotis...
Rektumkarzinom	Operation am Enddarm	Rektumkarzinom
Portanlage	Implantation eines venösen Portsystems	Implantation eines venösen Portsystems
Carotis-Stenose	Verengung der Halsschlagader	Carotis-Stenose
Varizen-Operation	Operation an Krampfadern	Varizen-Operation

Pfadbibliothek

Pfadbibliothek Bearbeiten Springen Hilfsmittel System Hilfe

Suchen Alle

Behandlungspfad Grafik Patienteninformation

Drucken

Laparoskopische Cholezystektomie

Behandlungspfad

- Laparoskopische Cholezystektomie
- Gallenblasenkarzinom
- Konventionelle (offene) Cholezystektomie
- Schilddrüsenkarzinom
- Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Gutartige Schilddrüsenerkrankung
- Leistenhernie
- Hypertherme Extremitätenperfusion
- Appendizitis
- Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)
- Rückverlagerung doppelläufiges Ileostoma
- Lebermetastasen
- Narbenhernie, ventral
- pAVK Femoralis TEA
- Rektumkarzinom
- Portanlage
- Carotis-Stenose
- Varizen-Operation
- Erster Schub Diverticulitis(Konservativ)
- CK: Akute Appendizitis
- Proktologie
- Splenektomie
- Pankreaskopfresektion
- Transanale endoskopische Mikrochirurgie
- CK: Leistenhernie
- CK: Nabelhernie
- CK: Broviac- bzw. Port-Explantation

Laparoskopische Cholezystektomie

Ambulanz Vorstationär

Anamnese

Schwangerschaft

Die Schwangerschaft ist grundsätzlich keine Kontraindikation zur Cholecystektomie. Die Indikationsstellung im ersten und dritten Triminon muss sehr streng wegen der Gefahr des Spontanabortes im ersten Triminon oder der Auslösung vorzeitiger Wehen im dritten Triminon erfolgen.

Klinische Untersuchung

Keine Information erfasst!

Umfelddiagnostik

Krankheitsspezifische und ergänzende Diagnostik durchführen
o Sonographie des Abdomens

C21 (1) (001) sap-ap10 INS 11:04

Pfadbibliothek

Pfadbibliothek Bearbeiten Springen Hilfsmittel System Hilfe

Suchen Alle

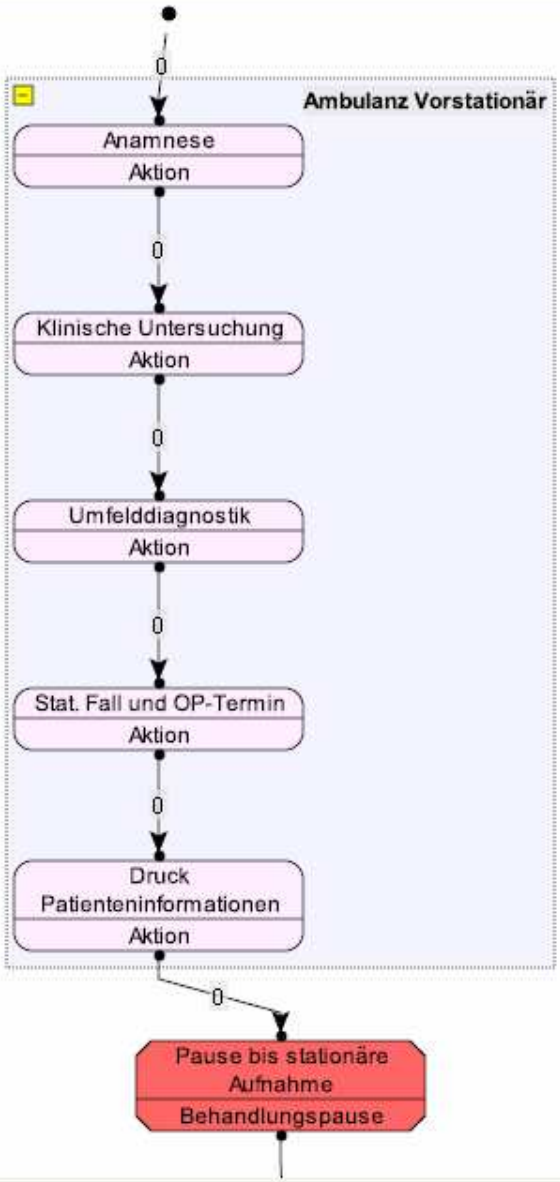
Drucken

Laparoskopische Cholezystektomie

Behandlungspfad

- Laparoskopische Cholezystektomie
- Gallenblasenkarzinom
- Konventionelle (offene) Cholezystektomie
- Schilddrüsenkarzinom
- Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Gutartige Schilddrüsenerkrankung
- Leistenhernie
- Hypertherme Extremitätenperfusion
- Appendizitis
- Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)
- Rückverlagerung doppelläufiges Ileostoma
- Lebermetastasen
- Narbenhernie, ventral
- pAVK Femoralis TEA
- Rektumkarzinom
- Portanlage
- Carotis-Stenose
- Varizen-Operation
- Erster Schub Diverticulitis(Konservativ)
- CK: Akute Appendizitis
- Proktologie
- Splenektomie
- Pankreaskopfresektion
- Transanale endoskopische Mikrochirurgie
- CK: Leistenhernie
- CK: Nabelhernie
- CK: Broviac- bzw. Port-Explantation

Behandlungspfad | Grafik | Patienteninformation



C21 (1) (001) sap-ap10 INS 11:05

Pfadbibliothek

Pfadbibliothek Bearbeiten Springen Hilfsmittel System Hilfe

Suchen Alle

Drucken

Laparoskopische Cholezystektomie

Behandlungspfad

- Laparoskopische Cholezystektomie
- Gallenblasenkarzinom
- Konventionelle (offene) Cholezystektomie
- Schilddrüsenkarzinom
- Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Gutartige Schilddrüsenerkrankung
- Leistenhernie
- Hypertherme Extremitätenperfusion
- Appendizitis
- Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)
- Rückverlagerung doppelläufiges Ileostoma
- Lebermetastasen
- Narbenhernie, ventral
- pAVK Femoralis TEA
- Rektumkarzinom
- Portanlage
- Carotis-Stenose
- Varizen-Operation
- Erster Schub Diverticulitis(Konservativ)
- CK: Akute Appendizitis
- Proktologie
- Splenektomie
- Pankreaskopfresektion
- Transanale endoskopische Mikrochirurgie
- CK: Leistenhernie
- CK: Nabelhernie
- CK: Broviac- bzw. Port-Explantation

Behandlungspfad Grafik Patienteninformation

Lap. Entfernung der Gallenblase

Art, Beginn und Verlauf der aktuellen Beschwerden, die im ärztlichen Gespräch mit dem Kranken (Eigenanamnese) und / oder dessen Angehörigen (Fremdanamnese) erfragt wird.

Der Arzt entscheidet individuell welche der folgenden Untersuchungen durchgeführt werden müssen.

- o Sonographie (Ultraschalluntersuchung)
- o ERCP (Röntgenkontrastdarstellung des Gallen- und Pankreasgangsystems)
- o MRCP (Darstellung des Gallengangsystems und der Pankreasgänge mittels Kernspintomographie)
- o Ösophagogastroduodenoskopie (endoskopische Magenspiegelung)
- o Thorax-Röntgen bei Alter > 40 Jahre
- o Laborwerte und Gerinnungsparameter

Aufnahmetag

Ein Chirurg führt mit Ihnen ein Aufklärungsgespräch. Er erklärt Ihnen wie die Operation durchgeführt wird. Sollte Ihnen etwas unklar sein, so wird der Chirurg Sie gerne beraten.

Der Anästhesist stimmt mit Ihnen die Narkoseart ab. Mit ihm können Sie besprechen ob sie vor der Operation ein Beruhigungsmittel bekommen.

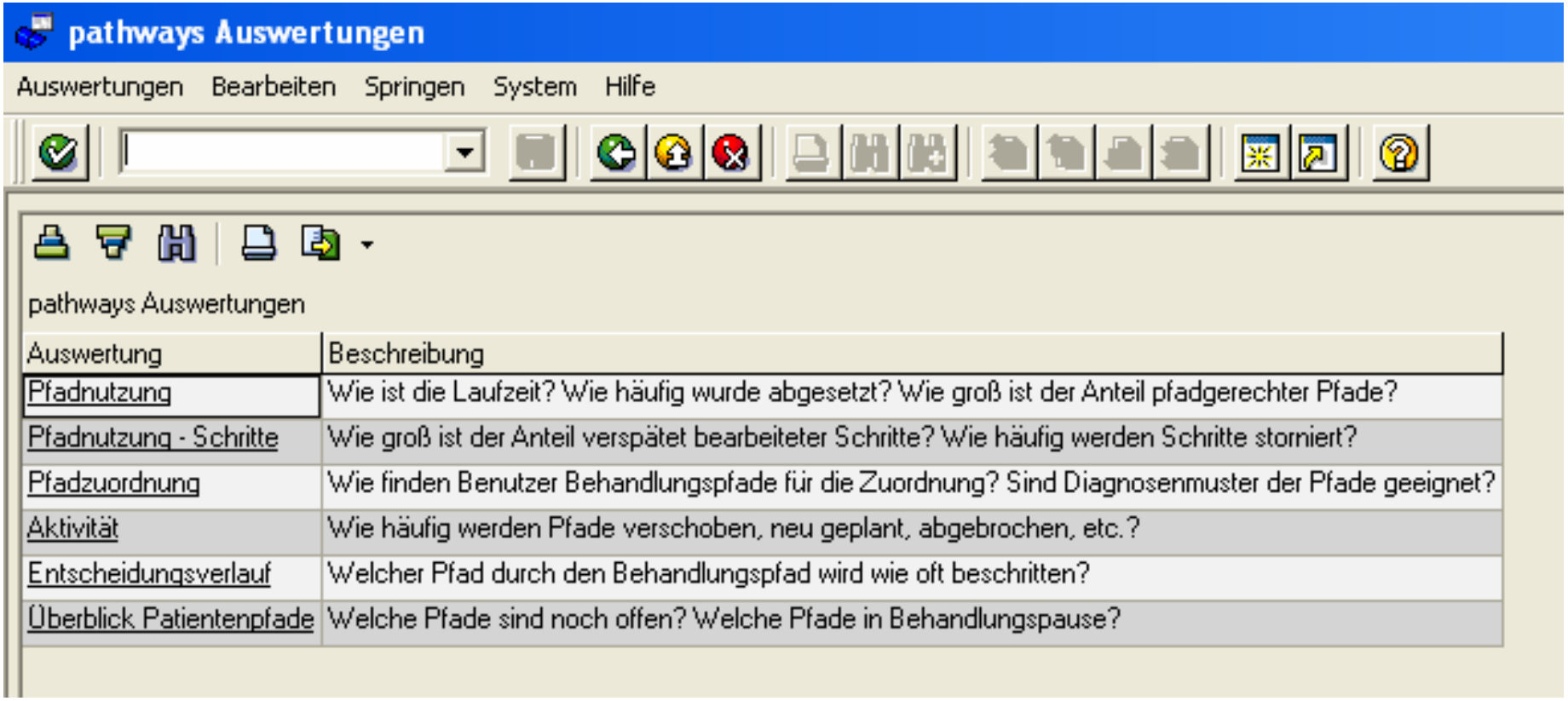
Duch die Blutabnahme werden Blutbild, Elektrolyte und Gerinnung überprüft. Weiterhin wird die Blutgruppe bestimmt und eine Kreuzprobe abgenommen. Dadurch wird für den Notfall die Verträglichkeit von Blutkonserven überprüft.

Je nach Vorerkrankungen oder dem aktuellen Gesundheitszustand werden evtl. noch Konsile durchgeführt.

Eine Pflegekraft führt ein Aufnahmegespräch (Pflegeanamnese) mit Ihnen. Dieses

C21 (1) (001) sap-ap10 INS 11:05

pathways Auswertungen



Auswertung	Beschreibung
Pfadnutzung	Wie ist die Laufzeit? Wie häufig wurde abgesetzt? Wie groß ist der Anteil pfadgerechter Pfade?
Pfadnutzung - Schritte	Wie groß ist der Anteil verspätet bearbeiteter Schritte? Wie häufig werden Schritte storniert?
Pfadzuordnung	Wie finden Benutzer Behandlungspfade für die Zuordnung? Sind Diagnosenmuster der Pfade geeignet?
Aktivität	Wie häufig werden Pfade verschoben, neu geplant, abgebrochen, etc.?
Entscheidungsverlauf	Welcher Pfad durch den Behandlungspfad wird wie oft beschritten?
Überblick Patientenpfade	Welche Pfade sind noch offen? Welche Pfade in Behandlungspause?

pathways: Auswertung Pfadzuordnung

Auswertung Bearbeiten Springen System Hilfe

Gruppierung Aggregation Spalten Behandlungspfad

Behandlungspfad	AnzGesamt	AnzVorschl	AnzAlle	AnzSuche	AnzSystem	%Vorschlag	% Alle	% Suchen	% System
CA_APPENDIZITIS:Appendizitis	82	22	4	0	56	26,8	4,9	0,0	68,3
CA_BAA:Bauchaortenaneurysma	116	54	9	0	53	46,6	7,8	0,0	45,7
CA_CAROTIS:Carotis-Stenose	41	26	4	0	11	63,4	9,8	0,0	26,8
CA_CHE_KONV:Konventionelle (offene) Cholezystektomie	41	11	2	0	28	26,8	4,9	0,0	68,3
CA_CHE_LAP:Laparoskopische Cholezystektomie	323	84	36	0	203	26,0	11,1	0,0	62,8
CA_COLON_KARZINOM:Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)	144	44	22	0	78	30,6	15,3	0,0	54,2
CA_DIVERTIC_ERST:Erster Schub Diverticulitis(Konservativ)	9	6	2	0	1	66,7	22,2	0,0	11,1
CA_DIVERTIC_NOTFALL:Sigmadivertikulitis - Notfall	3	1	2	0	0	33,3	66,7	0,0	0,0
CA_DIVERTIC_OP:Sigmadivertikulitis - OP-Pfad	2	0	0	0	2	0,0	0,0	0,0	100,0
CA_EXTREMITAETENPERF:Hypertherme Extremitätenperfusion	23	6	4	0	13	26,1	17,4	0,0	56,5
CA_GALLE_KARZINOM:Gallenblasenkarzinom	17	6	0	0	11	35,3	0,0	0,0	64,7
CA_HERNIE_BAUCHWAND:Nabel- und epigastrische Hernie	7	6	1	0	0	85,7	14,3	0,0	0,0
CA_HERNIE_LEISTE:Leistenhernie	345	92	34	0	219	26,7	9,9	0,0	63,5
CA_HERNIE_NARBE:Narbenhernie, ventral	161	81	8	0	72	50,3	5,0	0,0	44,7
CA_HPT_PRIMAER:Primärer Hyperparathyreoidismus	44	14	4	0	26	31,8	9,1	0,0	59,1
CA_LEBERMETASTASEN:Lebermetastasen	126	54	15	0	57	42,9	11,9	0,0	45,2
CA_LEBERZYSTE_LAP:Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste	9	4	2	0	3	44,4	22,2	0,0	33,3
CA_MILZ:Splenektomie	7	3	4	0	0	42,9	57,1	0,0	0,0
CA_PANKREASKOPF_CA:Pankreaskopfkarzinom	50	2	1	0	47	4,0	2,0	0,0	94,0
CA_PANKREASKOPF_RES:Pankreaskopfresektion	52	39	13	0	0	75,0	25,0	0,0	0,0
CA_PAVK_FEM_GABEL:pAVK Femoralis TEA	49	18	6	0	25	36,7	12,2	0,0	51,0
CA_PORT:Port	140	0	100	0	40	0,0	71,4	0,0	28,6
CA_PROKTOLOGIE:Proktologie	80	51	29	0	0	63,8	36,3	0,0	0,0

pathways: Auswertung Pfadnutzung - Schritte

Auswertung Bearbeiten Springen System Hilfe

Gruppierung | Aggregation | Spalten | Behandlungspfad

Behandlungspfad	AnzGesamt	Abweichung	AnzFrüher	% Früher	AbwFrüher	AnzahlPlan	% Plan	AnzahlSpät
CA_APPENDIZITIS:Appendizitis	1.520	0,4	57	3,8	1,2-	1.089	71,6	311
CA_BAA:Bauchaortenaneurysma	3.181	4,6	66	2,1	2,8-	1.330	41,8	1.511
CA_CAROTIS:Carotis-Stenose	725	2,2	8	1,1	1,0-	309	42,6	393
CA_CHE_KONV:Konventionelle (offene) Cholezystektomie	770	1,5	50	6,5	1,2-	421	54,7	227
CA_CHE_LAP:Laparoskopische Cholezystektomie	5.964	0,7	239	4,0	2,5-	4.022	67,4	1.331
CA_COLON_KARZINOM:Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)	3.504	0,6	72	2,1	26,8-	1.916	54,7	1.208
CA_DIVERTIC_ERST:Erster Schub Diverticulitis(Konservativ)	101	0,3	11	10,9	1,0-	59	58,4	28
CA_DIVERTIC_NOTFALL:Sigmadivertikulitis - Notfall	28	4,3	0	0,0	0,0	2	7,1	26
CA_DIVERTIC_OP:Sigmadivertikulitis - OP-Pfad	18	0,2	4	22,2	1,5-	9	50,0	5
CA_EXTREMITAETENPERF:Hypertherme Extremitätenperfusion	474	0,7	31	6,5	1,3-	269	56,8	134
CA_GALLE_KARZINOM:Gallenblasenkarzinom	339	1,4	15	4,4	1,1-	177	52,2	94
CA_HERNIE_BAUCHWAND:Nabel- und epigastrische Hernie	74	0,0	2	2,7	1,5-	54	73,0	4
CA_HERNIE_LEISTE:Leistenhernie	5.114	0,6	254	5,0	1,8-	3.591	70,2	1.041
CA_HERNIE_NARBE:Narbenhernie, ventral	2.981	1,8	117	3,9	1,6-	1.850	62,1	809
CA_HPT_PRIMAER:Primärer Hyperparathyreoidismus	784	1,5	17	2,2	1,1-	583	74,4	148
CA_LEBERMETASTASEN:Lebermetastasen	2.837	1,2	91	3,2	1,4-	1.470	51,8	1.035
CA_LEBERZYSTE_LAP:Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste	159	1,3	1	0,6	0,0	96	60,4	61
CA_MILZ:Splenektomie	147	1,2	0	0,0	0,0	95	64,6	44
CA_PANKREASKOPF_CA:Pankreaskopfkarzinom	1.282	1,1	16	1,2	6,4-	660	51,5	442
CA_PANKREASKOPF_RES:Pankreaskopfresektion	1.402	1,5	29	2,1	1,3-	614	43,8	606
CA_PAVK_FEM_GABEL:pAVK Femoralis TEA	1.352	2,8	129	9,5	1,2-	553	40,9	563
CA_PORT:Port	1.927	1,1	47	2,4	1,0-	1.161	60,2	563
CA_PROKTOLOGIE:Proktologie	1.177	1,4	10	0,8	1,0-	699	59,4	411
CA_REKTUM_KARZINOM:Rektumkarzinom	1.030	1,7	19	1,8	2,5-	524	50,9	402

Entscheidung	AnzGesamt	AnzBestät.	AnzFrüher	AnzahlPlan	AnzahlSpät
HNO-Konsil: Rekurrensschädigung?	67	52	7	12	33
HNO-Konsil: Rekurrensschädigung? (Ja)	4	4	1	0	3
HNO-Konsil: Rekurrensschädigung? (Nein)	48	48	6	12	30

Problem: Stimmbandkontrolle durch HNO
(Terminplanung!)

Pfadüberwachung

I*MED: Statistiken und Tools zu Behandlungspfaden

arbeiten Springen System Hilfe

VERSITÄTSKLINIKUM SAARLANDES

Status: durchgeführt / abgebrochen

05.01.2008
14:04:55

nt	G	Geb-Datum	Ver	Sym	Erl	nächster Station	Zuordn.	Start	ge.Ende	neu	neu gepl Ende	No
E_LAP	Laparoskopische Cholezystektomie						Anzahl: 18 (16 / 2 / 0 / 0)					
,Erna	W	08.03.1981	002		✗		04.10.07	04.10.07	07.10.07		10.10.07	11.10.07
s,Marga	W	23.09.1936	002		✗		08.10.07	08.10.07	27.10.07		28.10.07	30.10.07
r,Marcus	M	26.08.1974	002		✗		10.10.07	10.10.07	13.10.07		13.10.07	15.10.07
,Anne	W	06.02.1932	002		✗		10.10.07	10.10.07	20.10.07		21.10.07	22.10.07
,Angelika	W	07.01.1965	002		✗		15.10.07	15.10.07	18.10.07		19.10.07	22.10.07
ing,Nadja	W	17.05.1977	002		✗		23.10.07	23.10.07	12.11.07		11.11.07	11.11.07
elix	M	23.09.1921	002		✗		25.10.07	25.10.07	28.10.07		31.10.07	31.10.07
er,Christine	W	08.08.1946	002		✗		25.10.07	25.10.07	02.11.07		02.11.07	02.11.07
Dominik	M	14.10.1994	002		✓		30.10.07	29.10.07	02.11.07		02.11.07	02.11.07
,Nadia	W	17.06.1977	002		✗		31.10.07	31.10.07	10.11.07		09.11.07	12.11.07
Ilse	W	31.12.1960	002		✗		09.11.07	09.11.07	24.11.07		24.11.07	25.11.07
ayi,Meltem	W	24.09.1991	002		✗		12.11.07	12.11.07	25.11.07		27.11.07	28.11.07
ba,Salvatore	M	18.05.1941	002		✗		13.11.07	13.11.07	24.11.07		24.11.07	25.11.07
Ingeborg	W	02.04.1948	002		✗		14.11.07	14.11.07	10.12.07		12.12.07	13.12.07
,Johannes	M	06.07.1949	002		✗		29.11.07	29.11.07	02.12.07		02.12.07	03.12.07
Penin,Jürgen	M	12.02.1965	002		✗		07.12.07	07.12.07	20.12.07		19.12.07	20.12.07
bach,Renado	M	03.06.1942	002		✗		02.10.07	01.10.07	05.10.07		06.10.07	08.10.07
ding,Julianna	W	07.05.1960	002		✗		02.11.07	02.11.07	30.11.07		01.12.07	05.12.07
LON_KARZINOM	Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)						Anzahl: 15 (6 / 9 / 0 / 0)					
d,Hans	M	14.06.1927	001		✗		01.10.07	01.10.07	19.10.07		22.10.07	22.10.07
r,Bernhard	M	27.08.1929	001		✗		05.10.07	05.10.07	18.10.07		19.10.07	22.10.07
zer,Siegmund	M	04.12.1930	001		✗		10.10.07	10.10.07	26.10.07		26.10.07	30.10.07
hing,Karola	W	28.01.1941	001		✗		29.10.07	29.10.07	16.11.07		17.11.07	19.11.07
z,Fritz	M	19.10.1938	001		✗		31.10.07	30.10.07	12.11.07		11.11.07	13.11.07
ch,Regina	W	18.11.1927	001		✗		12.11.07	12.11.07	22.11.07		21.11.07	22.11.07
,Helmut	M	26.12.1947	001		✗		04.10.07	02.10.07	19.10.07		19.10.07	22.10.07
er,Heinrich	M	20.09.1925	001		✗		05.10.07	05.10.07	01.11.07		01.11.07	01.11.07
Edeltrud	W	12.02.1939	001		✗		19.10.07	19.10.07	03.11.07		03.11.07	05.11.07
ner,Raimund	M	04.08.1929	001		✗		24.10.07	24.10.07	17.11.07		17.11.07	30.11.07

C21 (1) (001) sap-ap10 INS 14:05

Bearbeiten Springen System Hilfe

NIVERSITÄTSKLINIKUM Status: abgebrochen
ES SAARLANDES

ent	G	Geb-Datum	Ver	Sym	Erl	nächster	Station	Zuordn.	Start	ge.Ende	ne
PPENDIZITIS	Appendizitis							Anzahl: 2 (0 / 0 / 2 / 0)			
slik,Peter	M	06.10.1956	001		✗	06.01.08	CA-02	03.01.08	03.01.08	06.01.08	
l,Daniel	M	28.08.1982	00		✗	19.12.07		19.12.07	19.12.07	22.12.07	
BAA	Bauchaortenaneurysma							Anzahl: 4 (0 / 0 / 4 / 3)			
er,Heinrich	M	26.12.1923	006	STOP	✗	10.01.08	CA-02	17.12.07	06.11.07	31.12.99	
s,Irmgard	W	04.09.1934	006	STOP	✗	09.01.08	CA-02	04.12.07	06.11.07	31.12.99	
mann,Franz	M	11.08.1929	006	STOP	✗	10.01.08	CA-02	17.12.07	20.11.07	31.12.99	
el,Heinz-Werner	M	24.08.1944	006		✗	21.12.07		30.10.07	30.10.07	21.12.07	
CAROTIS	Carotis-Stenose							Anzahl: 1 (0 / 0 / 1 / 1)			
rich,Gerhard	M	27.06.1938	001	STOP	✗	08.01.08	CA-02	28.11.07	28.11.07	31.12.99	
CHE_LAP	Laparoskopische Cholezystektomie							Anzahl: 4 (0 / 0 / 4 / 2)			
g,Brigitte	W	25.01.1928	002	STOP	✓	09.01.08	CA-01	05.12.07	05.12.07	31.12.99	
ber,Werner	M	29.08.1949	002	STOP	✓	08.01.08	CA-02	06.12.07	06.12.07	31.12.99	
lel,Edith	W	25.09.1946	002		✓	07.01.08		28.11.07	28.11.07	31.12.99	
nger,Eva	W	04.11.1985	002		✓	21.12.07		21.12.07	21.12.07	31.12.99	
COLON_KARZINOM	Kolon-OP (elektiv, kontinenzerhaltend)							Anzahl: 2 (0 / 0 / 2 / 2)			

Patientenpfad bearbeiten für [redacted]

Patientenpfad Bearbeiten Springen Schritt Ansicht Hilfsmittel System Hilfe

Status	AkPlandatum	neu...	Gruppe	Name	Zuständig	Itemtyp	Link	Kom...	Antwort	VMA	Bea
	19.12.2007			START Appendizitis							
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Anamnese	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Klinische Untersuchung	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Umfelddiagnostik	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Druck Patienteninformationen	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	chir. Aufklärung	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Vollständigkeit der Befunde	Arzt					SCHÄFER_T	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Anästhesiologische Aufklärung	Arzt						
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	Patienten-OP-Vorbereitung	Ambulanz...					CA-CU-03	19.1
	19.12.2007		Aufnahme-Tag	OP-Transport	Ambulanz...					CA-CU-03	19.1
	19.										
	19.										
	20.										
	20.										

Klin Inf

Zum aktu

Schritt kommentieren

Information

Behandlungspfad: Appendizitis

Schritt: Anästhesiologische Aufklärung

Organisation

OrgEinheit: CA-01 — CA-01

VMA: RICHTER_S — OA Dr. Richter, Sven

Kommentar

Kategorie: Bearbeitungsfehler

Notiz: Dieser Schritt wurde ordnungsgemäß bearbeitet (Aufklärungsbogen liegt vor), jedoch nicht im SAP abgearbeitet.

Zentrales Patientenmanagement (ZPM)

Einführung eines ZPM 08/2007

- Stelle aus Pflege selbst erschaffen

- Bettenplanung im Hause incl. Intensiv und IMC
- Terminvergabe stationäre Aufnahme und OP
- Veranlassung präoperative Diagnostik

- Stationsbelegung (Aufnahmen, Übernahmen usw.)
- Unterstützung der Stationen im Entlassungsmanagement (Sozialdienst, DRG)
- Schnittstelle für verschiedene Berufsgruppen

- zeitnahe Pfadzuordnung nach Erstkontakt in der Ambulanz
- Pfadüberwachung
- Qualitätsmanagement & Miterstellung von Klinischen Behandlungspfaden

Prozessoptimierung durch ZPM seit 08/2007

- Steigerung des CaseMix um 6,4%.
- Steigerung der stationären Fälle von 236 auf 252 Fälle pro Monat
- weniger Fehlbelegungen
- obere Grenzverweildauer nur noch in begründeten Fällen überschritten
- Effektivität des Sozialdienstes (Reha, AHB) verbessert
- Entlastung der Stationsleitungen durch Planungssicherheit der Aufnahmen
- Bei Notfällen entfällt das „ Bettensuchen“ für den Arzt

Prozessoptimierung durch ZPM seit 08/2007

Entlastung der Ärzte in der Ambulanz um täglich ca. 1,5 Stunden

- ⇨ Geringere Wartezeiten für ambulante Patienten
- ⇨ Steigerung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich

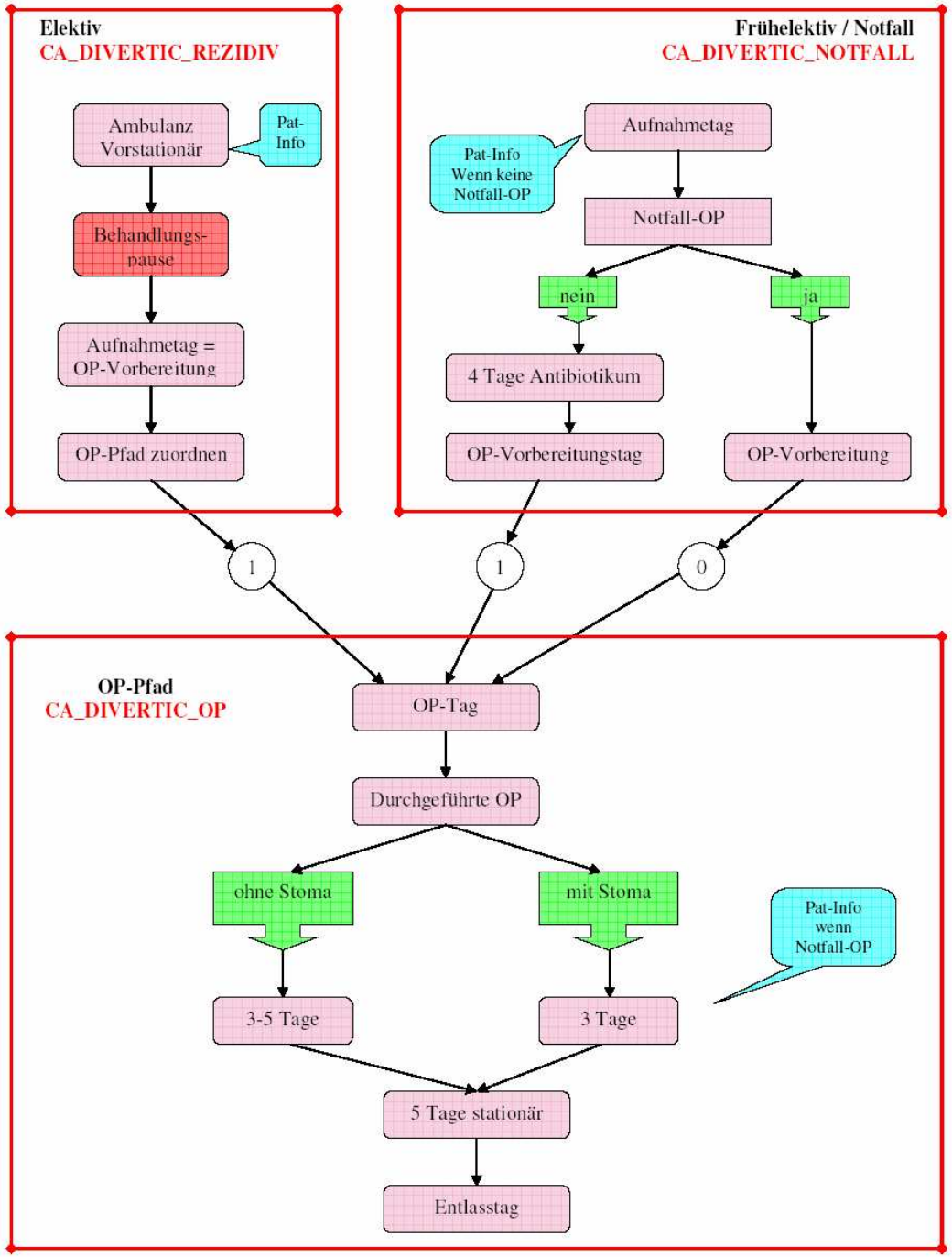
Terminvereinbarungen erfolgen schon im Vorfeld

- ⇨ Planungssicherheit für andere Fachabteilungen
- ⇨ Kontakt zu anderen Fachabteilungen und Kliniken verbessert

Einarbeitung der pflegerischen Standards in die Klinischen Behandlungspfade

„verknüpfte“ pathways

Ablaufplan Divertikulitis



Automatisierung

- Konsilanforderungen
- Laboranforderungen
- Sozialdienst (AHB etc.)
- Physiotherapie
- Röntgenanforderungen
- Parametrierte Dokumente (QS, G-AEP-Bogen)
- Arztbrief (incl. Einfügen von Befunden)

Dokumentenliste: DokListe pro Patient (CA-ABTLG) 11 Dokumente

Dokumentenliste | Bearbeiten | Springen | Dokument | Umfeld | System | Hilfe

Folgestatus

Name [redacted]
Geb. 07.03.1935
Patient 10538909 1

Dokumentenliste

Med. Dokumente | BezEb. Patient | Laborbefunde

T	V	B	L	AnlegeDa	Dokumenttyp	St	Fall	verantwMA	Dokument.
		+		02.09.07	CA:Sozialkonsil	AL	2315767	Shayesteh-Kh	CA-02
				01.09.07	Mikrobio-Befund	FR	2315767	Herrmann	HB-ABTLG
		+		31.08.07	CA: Entl. Brief	AL	2315767	Shayesteh-Kh	CA-02
				31.08.07	Chir.KG/Phys.	IA	2315767	Shayesteh-Kh	Allgem.-Ch
				31.08.07	Mikrobio-Befund	FR	2315767	Herrmann	HB-ABTLG
				31.08.07	Patho-Befund	FR	2315767	Bohle	P-ABTLG
				28.08.07	CA: Verleg.-Br.	FR	2315767	Dejon	CA-08
		+	+	27.08.07	Chir. Pflege	FR	2315767	Mitarbeiter	CA-OP
		+	+	27.08.07	Chir. Zusatz	FR	2315767	Mitarbeiter	CA-OP
		+	+	27.08.07	Röntgenbuch	FR	2315767	Schöndorfr	RD-ROE57
				24.08.07	Viro-Befund	FR	2315767	Mueller-Lant	HV-ABTLG

Laborprofile

Kleines Labor		Leberresektion		Nach Gefäß-OP unter laufendem Heparin		Nach Gefäß-OP bei Gabe von NMH		Großes Labor	
				Aufnahmelabor					
		Standard 5d		Standard 5a					
neu		vorhanden		vorhanden		neu		neu	
Natrium	0,24 €	Kleines Labor	2,88 €	Kleines Labor	2,88 €	Kleines Labor	2,88 €	Kleines Labor	2,88 €
Kalium	0,24 €								
Kreatinin	0,32 €	Glukose	0,32 €	Harnsäure	0,32 €	Glucose	0,32 €	Kalcium	0,32 €
CRP	1,60 €	ASAT	0,32 €	Glukose	0,32 €	Blili-gesamt	0,32 €	ASAT	0,32 €
		ALAT	0,32 €	Blili-gesamt	0,32 €	Quick	0,40 €	ALAT	0,32 €
Kl.BB	0,48 €	Gamma -GT	0,32 €	Quick	0,40 €	PTT	0,40 €	Gamma -GT	0,32 €
		AP	0,32 €	PTT	0,40 €	Anti X a	1,12 €	AP	0,32 €
		CHE	0,32 €					CHE	0,32 €
		Blili-gesamt	0,32 €					Blili-gesamt	0,32 €
		Bili -direkt	0,56 €					Alpha-Amylase	0,40 €
		Eiweiß	0,24 €						
		Albumin	0,24 €						
		LDH	0,32 €						
		Quick	0,40 €						
		PTT	0,40 €						
		Fibrinogen	1,44 €						
Gesamt	**2,88 €**	**Gesamt**	**8,72 €**	**Gesamt**	**4,64 €**	**Gesamt**	**5,44 €**	**Gesamt**	**5,52 €**

Laboranforderung

Labor-Monitor

Home | Laborwerte | Anfordern | Konfiguration | Beenden | Hilfe |

1. Patient (Fallnummer): 2314412: [redacted] (16.11.1974, M)
2. Dringlichkeit: ○ Routine ○ Eilfall ○ Notfall
3. Entnahmezeit: Heute 03.09.2007 Uhrzeit ? : ? Jetzt
4. Befundkommentar: Ihr Eintrag in diesem Feld erscheint auf dem Befund. Bitte hier keine Anforderungen an das Labor notieren!
5. Parameter: Klinische Chemie

A B C D E F G H I J K L M N O P

Keine offe

—Bitte wählen—
Profile
Top-10
Klinische Chemie
Klinische Chemie (Spezial)
Hämatologie
Gerinnung
Medikamente
Urin-Diagnostik
Liquor-Diagnostik
Hormone/Neurotransmitter
Protein-Diagnostik
Tumor-Marker
Vitamine
Genetische Analytik
Allergie
Sonstige/Punktate

Ausgewählte Parameter

Etikettendruck: CA-02 ◉ sofort ○ später Weiter

Physiotherapie

Chir.KG/Phys. anzeigen: [redacted]

Dokument Bearbeiten Springen Umfeld System Hilfe

Folgestatus

[redacted] Geb.dat. 07.03.1935 Geschl. W BEK St. Ingb Pat.id 10538909

66386 St Ingbert Bachstr. 14 Fall 2315767 0

Verordnungen (Arzt) | Dokumentation (Therapeut) | Abschlussdoku. (Therapeut)

Verordnung gültig ab: 03.09.2007 Verordnet von: RICHTER_S Verordnung endet am:

Physiotherapie Standard (PT 1-5)

- Standard 1: Prophylaxe
- Standard 2: Mobilisierung
- Standard 3: Mobilisierung
- Standard 4: OE
- Standard 5: UE
- Standard 6: Kurztherapie

Sonderbehandlungen (S-PT)

- LD
- SchT
- TT
- BS
- andere

Intensivierte Behandlungen (I-PT)

- psychische/mentale Alteration
- orthostat. Dysregulation
- biologisches Alter ^
- Monitoring/i.v. Therapie
- maniteste deg.Erkrankungen/erhebl.musk.Defizit
- Kontrakturen
- kardiopulmonale Insuffizienz
- Polytrauma/Verletzungsschwere
- MRSA

- Wiederholte Behandlungen
- auch Samstags
- auch Sonntags

Verordnung übernehmen

	Verordnung gülti	Std1	Std2	Std3	Std4	Std5	Std6	W-PT	Sa	So	LD	SchT	TT	BS	ander	psych	orthos	biologis	Monitori	manife	Kontra	kardio	Polytra	MRSA
	01.09.2007			☑																				

Sozialdienst

Frau Höhle
Sozialdienst
Im Hause

Sozialkonsil

Betrifft:	Frau [redacted] wohnhaft [redacted]
	Stationärer Aufenthalt ab 26.08.2007
Diagnose(n):	Adhäsionen am Darm ohne Verschluss (K66.0) Descensus perinei Syndrom (N81.6)
Therapie:	Anteriore Rectumresektion mit Deszendorektostomie (5-484.31), Adhäsiolyse am Darm (5-469.20) , Loop-Ileostoma-Anlage (5-460.1), Rektopexie (5-486.3) und Netzplombe mit Omentum majus (5-546.3) am 27.08.2007

Kontaktaufnahme wegen:	☑ AHB ☐ neurologische Frühreha ☐ Geriatrische Reha ☐ Ambulante häusliche Versorgung ☐ Pflegeheim	☐ Hospiz ☐ Sozialrechtliche Fragen ☐ Psychosoziale Beratung ☐ Einleitung einer gesetzlichen Betreuung ☐ Sonstiges

Direktverlegung:	☑ ja	☐ nein

Verwaltungsformulare

UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES

Kliniken und Institute für Chirurgie
Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. Martin Schilling

Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung

nach den **Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG**

(G-AEP)

Angaben zum Patienten/Fall (ggf. Klebeetikett)

[redacted]

Name, Vorname

12.11.1921	29.08.2007 - 29.08.2007
geboren	stationär von - bis

A, B Schwere und Intensität der Behandlung

Grau hinterlegte Gründe sind als alleinige Begründung ausreichend. Für alle anderen Gründe ist nur die Kombination Schwere + Intensität beweisend: es muss mindest ein Grund aus beiden Rubriken vorliegen. Bitte wählen Sie eine Rubrik (☒) und spezifizieren Sie den exakten Grund im Textfeld!

A Rubrik Schwere	B Rubrik Intensität
☐ Plötzliche Bewusstseinsstörung od. akuter Verwirrtheitszustand (A1)	☐ Kontinuierliche bzw. intermittierende i.v.-Medikation u./o. Infusion (schließt Sondenernährung
☐ Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min (A2)	
☐ Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg, diastolisch <60 oder >120 mmHg (A3)	

UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES

Kliniken und Institute für Chirurgie
Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie

Direktor: Prof. Dr. Martin Schilling

Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
D-66421 Homburg / Saar

Frau
Dr. med. Andrea Oest
Dürerstr. 132
66424 Homburg

http://www.uniklinikum-saarland.de/allgemeinchirurgie

Ltd. Oberarzt Dr. M. Bolli
eMail: chmbol@uniklinik-saarland.de
Geschäftsführender Oberarzt PD Dr. T. Plusczyk
eMail: chtplu@uniklinik-saarland.de
Sekretariat Fr. Metzger
Tel.: 0 68 41 / 16-3 10 11
Fax: 0 68 41 / 16-3 10 12
eMail: chimet@uniklinik-saarland.de

Ambulanz
Tel.: 0 68 41 / 16-2 26 19
Fax: 0 68 41 / 16-2 25 21
eMail: chcaa@uniklinik-saarland.de

Zentraler Schreibdienst (8.00 – 12.00 Uhr)
Tel.: 0 68 41 / 16-3 10 04
Fax: 0 68 41 / 16-3 10 05
eMail: chcasd@uniklinik-saarland.de

Station CA-01
Tel.: 0 68 41 / 16-3 10 47
Fax: 0 68 41 / 16-3 10 48
eMail: chca01@uniklinik-saarland.de

Arztbrief

Arztbericht

Homburg, den 04.01.2008

✉	Prof. Dr. med. S. Zeuzem, Direktor Innere Medizin II, im Gelände
Betrifft:	Frau [redacted] wohnhaft [redacted]
	Stationärer Aufenthalt: 20.12.2007 - 04.01.2008
Diagnosen:	mechanischer Ileus mit Megakolon und Coecum ad perforationem (K56.6) bei stenosierendem Kolonkarzinom pT4 pN2 (4/25) pMx L1 R0 G2 (C18.9) arterielle Hypertonie (I10.90)
Therapie:	**OP am 21.12.2007** Kolektomie bis in das mittlere/tiefe Rektum (5-456.00) adominelle Lavage (8-176.2)

Patientenzufriedenheit

Evaluation der durchgeführten Untersuchungen, Kosten und Patientenzufriedenheit ***vor*** und ***nach*** Einführung von CP‘s

Je 2 :
- kleine (einfache) Pfade
- mittlere Pfade
- schwere (komplexe) Pfade

Phase 1 (***vor*** Einführung von CP‘s): 06/2005-09/2005

118 Fragebögen ausgeteilt, 68 zurück

Phase 2 (***nach*** Einführung von CP‘s): 10/2005-02/2006

92 Fragebögen ausgeteilt, 62 zurück

Pfadname	Startdatum
Laparoskopische Cholezystektomie	20.10.04
Konventionelle (offene) Cholezystektomie	29.10.04
Gallenblasenkarzinom	07.01.05
Primärer Hyperparathyreoidismus	18.02.05
Gutartige Schilddrüsenerkrankung	18.02.05
Laparoskopische Entdeckelung Leberzyste	18.02.05
Schilddrüsenkarzinom	25.02.05
Hypertherme Extremitätenperfusion	30.03.05
Leistenhernie	07.04.05
Appendizitis	23.06.05
Rückverlagerung doppelläufiges Ileostoma	22.08.05
Bauchaortenaneurysma	01.10.05
Kolonkarzinom	01.10.05
Narbenhernie (ventral)	01.10.05
Pankreaskopfkarzinom / chronische Pankreatitis	01.10.05
Lebermetastasen	01.10.05
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	01.10.05
Portanlage	29.06.06
Carotisstenose	01.08.06

Auszug aus dem Fragebogen:

2. Wie waren Sie durch die Info-Blätter (Aufklärungsbogen, Patienteninformation, etc.) über den Behandlungsablauf informiert?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ akzeptabel ☐ schlecht

3. Wie wurden Ihre Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal berücksichtigt?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ akzeptabel ☐ schlecht

4. Wie war die Zusammenarbeit des Pflegepersonals auf der Station?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ akzeptabel ☐ schlecht

5. Wie waren die Auskünfte des Pflegepersonals über die Abläufe im Krankenhaus?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ akzeptabel ☐ schlecht

Patienteninfo

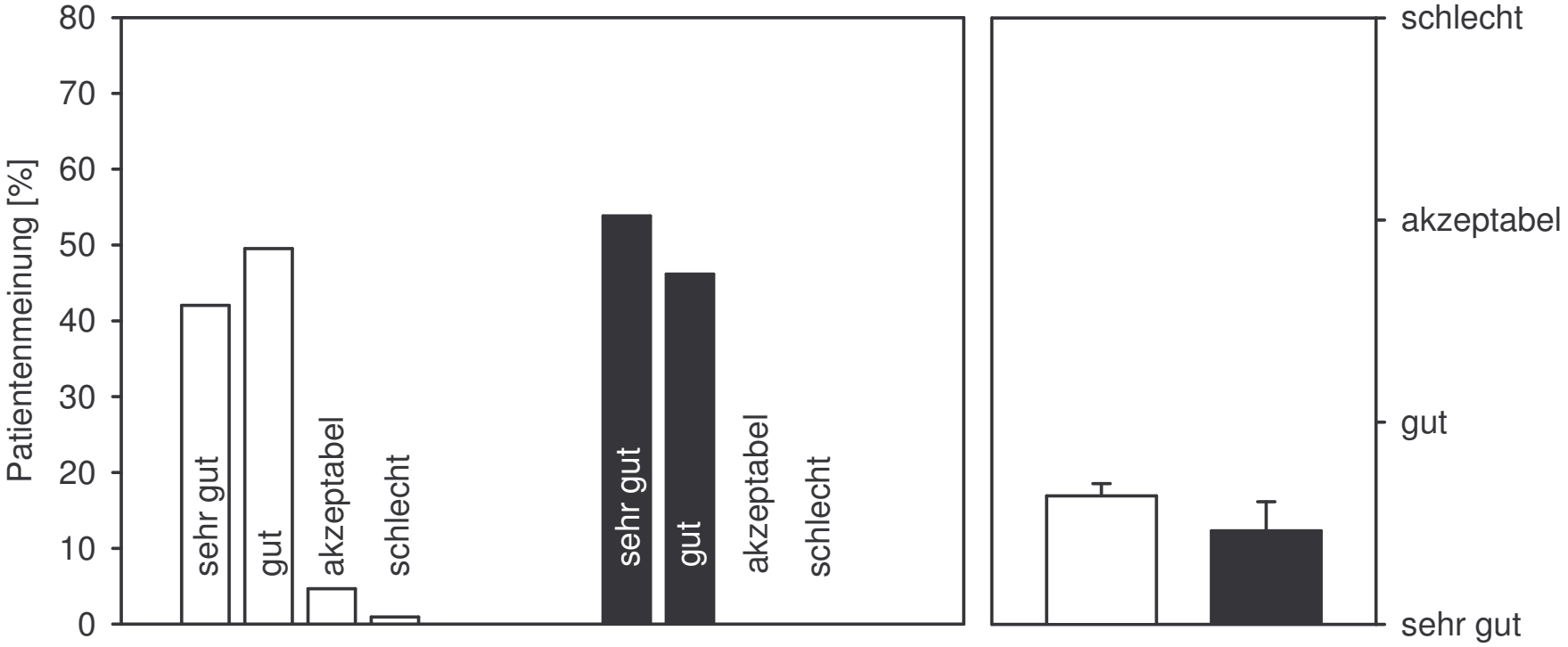
Verbandswechsel und Drainagekontrolle

Es erfolgt ein Verbandswechsel. Die Drainage wird entfernt wenn sich nur noch geringe Mengen Flüssigkeit entleeren.

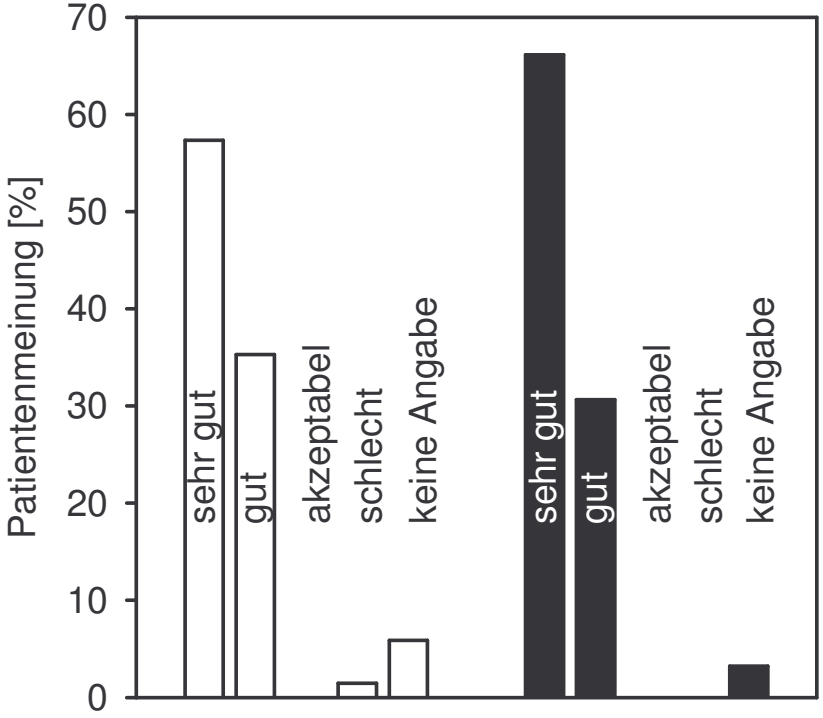
Laborkontrolle Bilirubin > 2mg%

Bei der Laborkontrolle wird untersucht ob der Gallefarbstoff im Blut zu hoch ist. Sollte dies so sein, wird eine ERC (Endoskopische Untersuchung der Gallengänge mit Röntgen [Gallengangsspiegelung]) durchgeführt. In diesem Fall wird der behandelnde Arzt mit Ihnen die Untersuchung ausführlich besprechen.

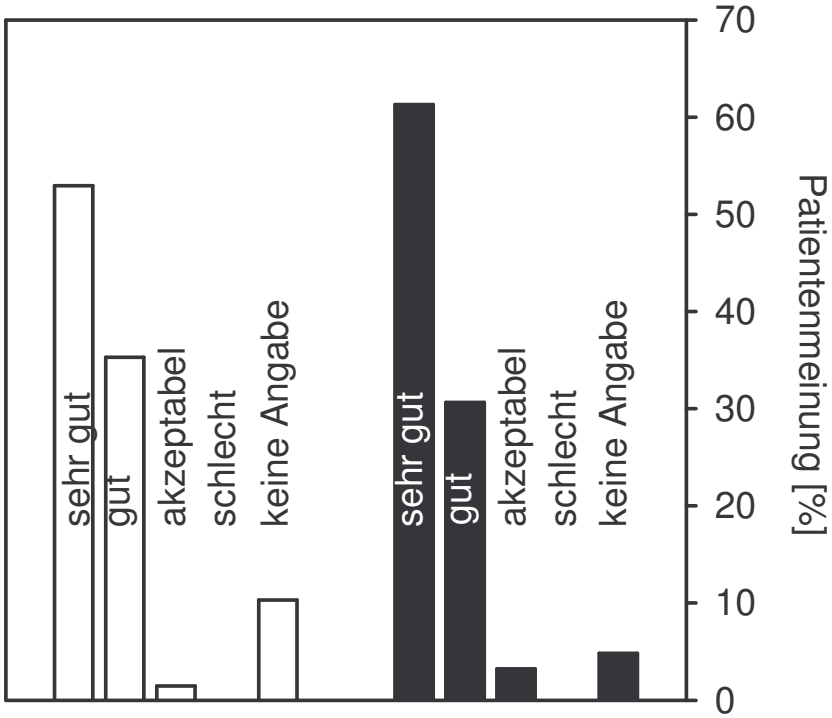
Wie waren Sie durch die Info-Blätter über den Behandlungsablauf informiert?



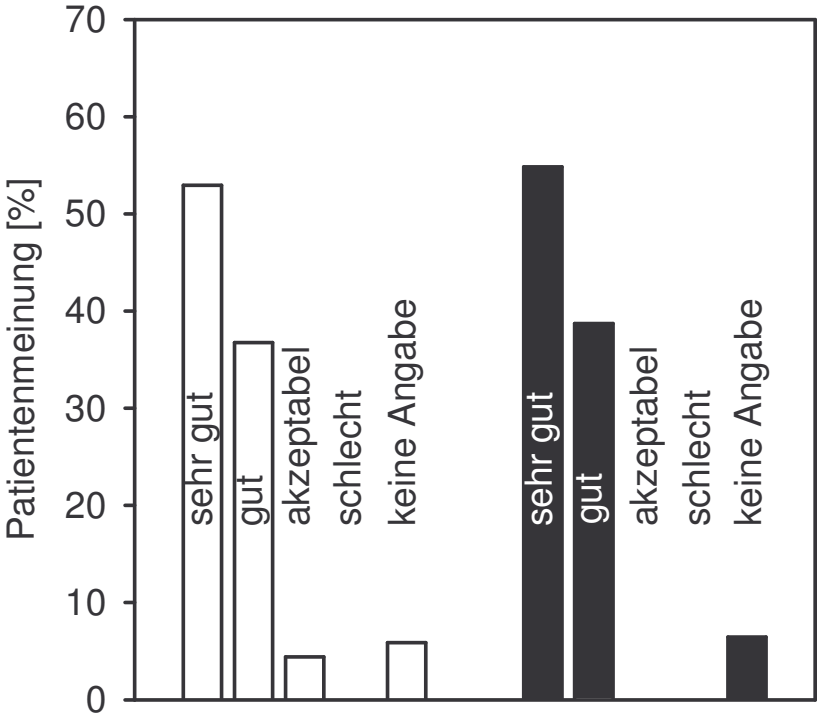
Wie war die Zusammenarbeit des Pflegepersonals auf Station?



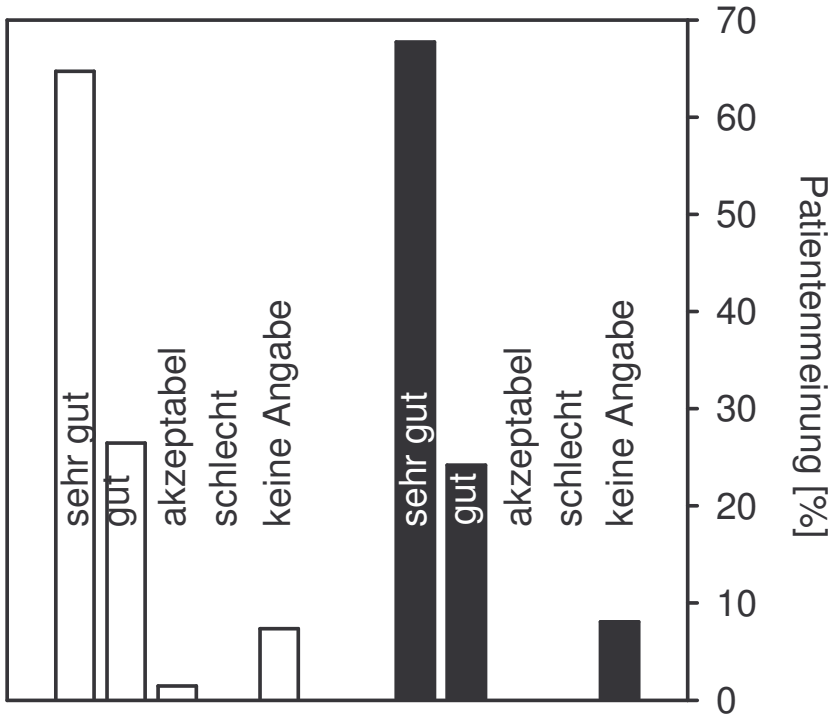
Wie war die Zusammenarbeit der Ärzte auf Station?



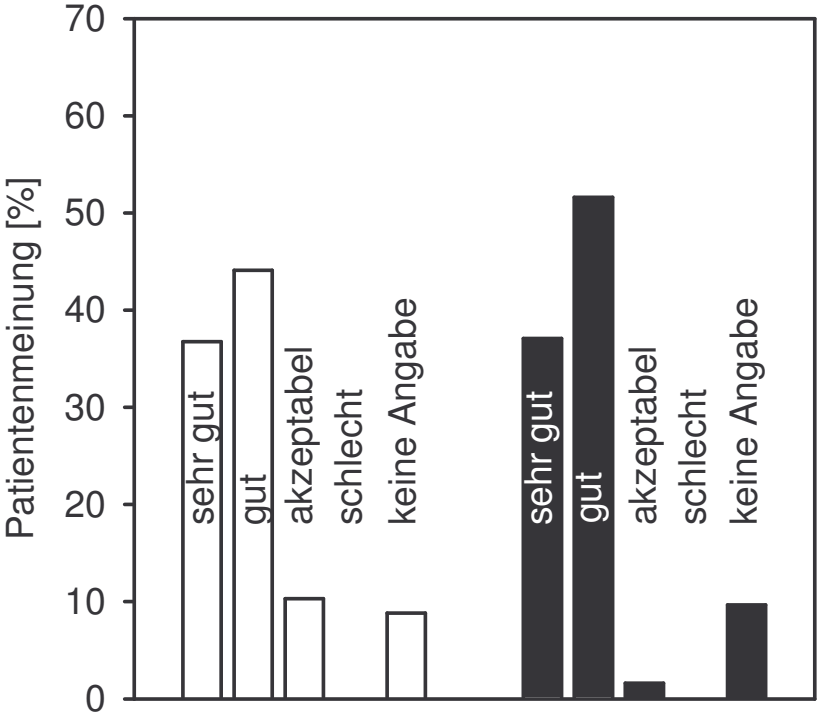
Wie beurteilen Sie die Kompetenz des Pflegepersonals?



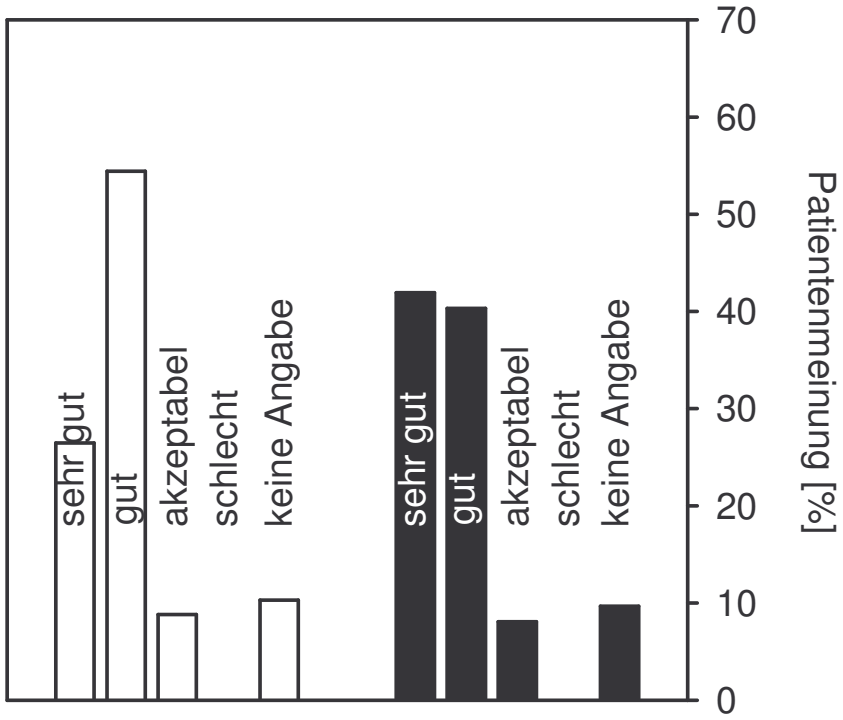
Wie beurteilen Sie die Kompetenz der Ärzte?



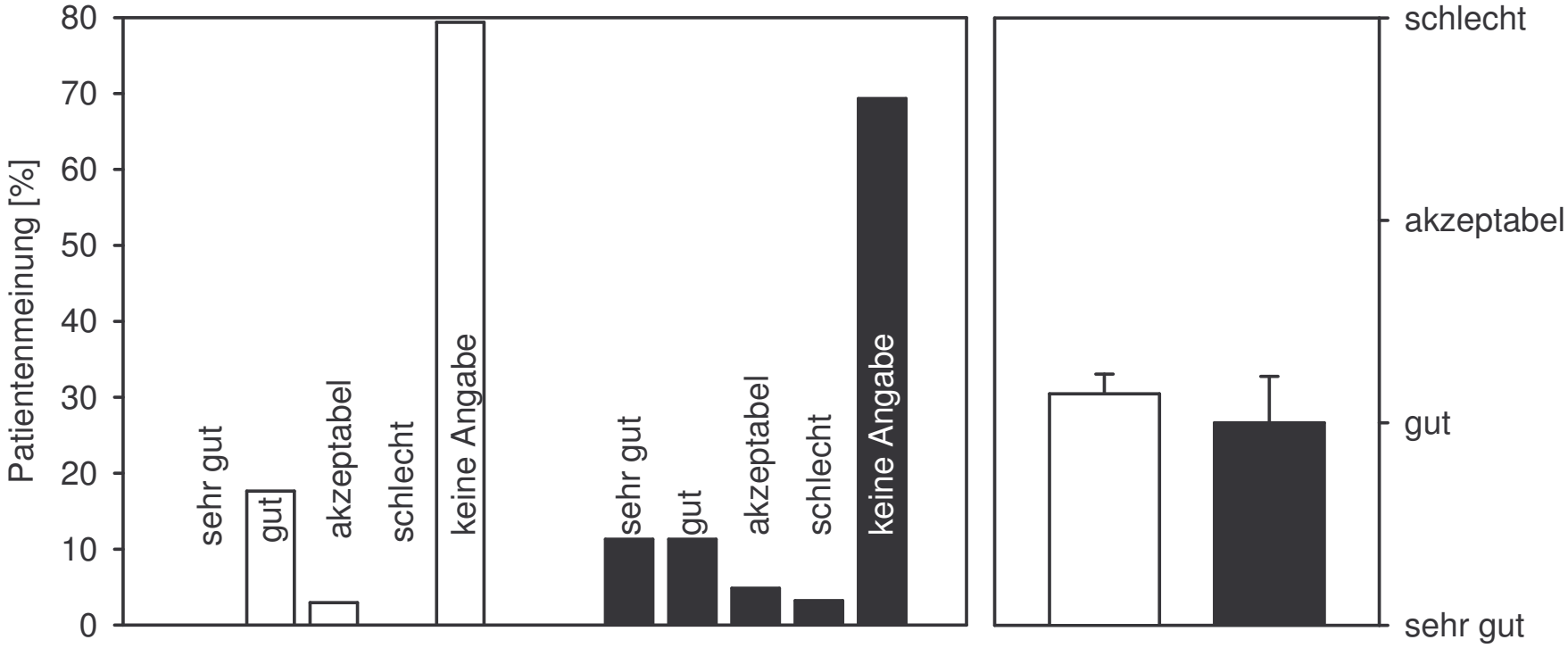
Wie waren die Auskünfte des Pflegepersonals über Abläufe im Krankenhaus?



Wie wurden Sie auf das vorbereitet, was Sie nach der Operation erwartet?



Wie beurteilen Sie die Betreuung durch die Sozialarbeiter?



Wie war die Wartezeit…

	vorher	nachher
….bei der chirurgischen Aufklärung?	1,95±0,09	1,96±0,10
… beim Röntgen?	1,87±0,10	1,62±0,09
… bei der Narkoseaufklärung?	1,90±0,09	1,57±0,08 *
… bei der Bereitstellung eines Zimmers?	1,70±0,09	1,55±0,08
… bei Transporten?	1,94±0,10	1,73±0,13

Score: kurz (1) – angemessen (2) – zu lang (3)

Kruskal-Wallis-Rangsummentest, *$p<0,05$ vs. vorher

Zusammenfassung „Patientenzufriedenheit“

Nach Einführung von CP‘s wird von den Patienten verbessert empfunden…

- **Personelle Zusammenarbeit** (Ärzte, Pflege)
- **Kompetenz** der Berufsgruppen
- **Auskünfte, Info** über Abläufe
- **Wartezeiten**

Problematisch ist (noch) die Einbindung weiterer Berufgruppen (Sozialarbeiter, Krankengymnasten)

Anwenderzufriedenheit

Evaluation Anwenderzufriedenheit

Fragebogen 1:	8 / 05
	aktive Pfade 10
	Patientenpfade 209

Fragebogen 2:	4 / 06
	aktive Pfade 17
	Patientenpfade 731

Auszug aus dem Fragebogen:

4. Seit wann arbeiten Sie in der Allgemeinchirurgie?

☐ < 5J ☐ 5-15J ☐ 15-25J ☐ 25-30J ☐ >30J

5. Wie schätzen Sie Ihre Computerkenntnisse ein?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ akzeptabel ☐ schlecht

6. Sind Ihnen „Behandlungspfade (Clinical pathways)“ ein Begriff?

☐ ja ☐ nein

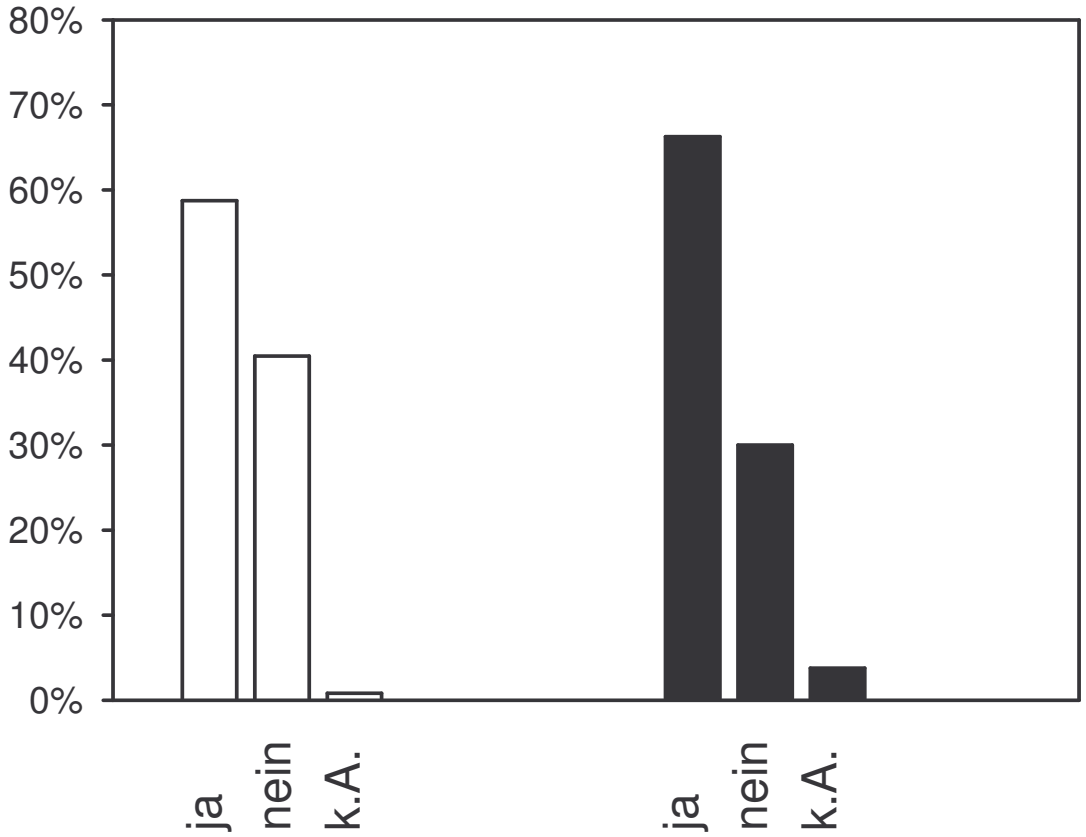
7. Ist Ihnen die Bedeutung des Begriffs klar?

☐ ja ☐ nein

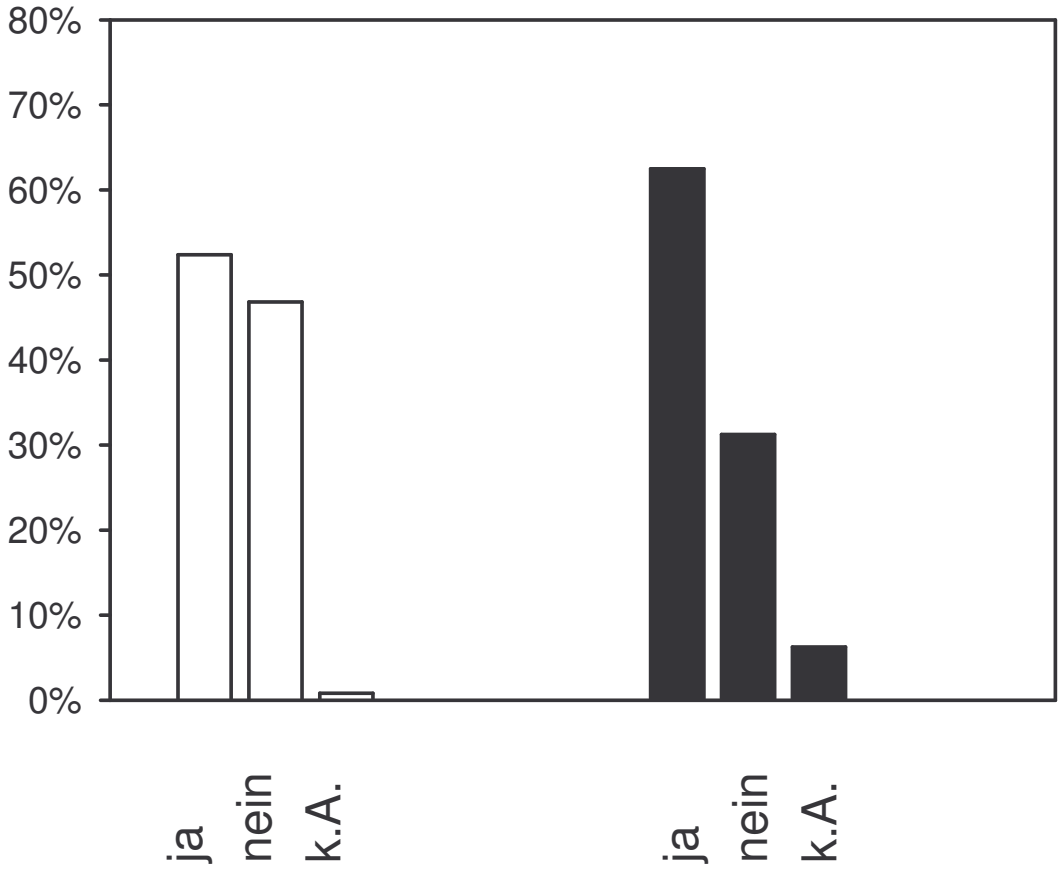
126 befragte Mitarbeiter

Oberärzte	5	Stationsleiter	7
Fachärzte	6	Stv. Stationsleiter	12
Assistenzärzte	12	Schwestern/Pfleger	73
PJ	3	SchülerInnen	8
	26		100

Sind Ihnen „Clinical Pathways“ ein Begriff?



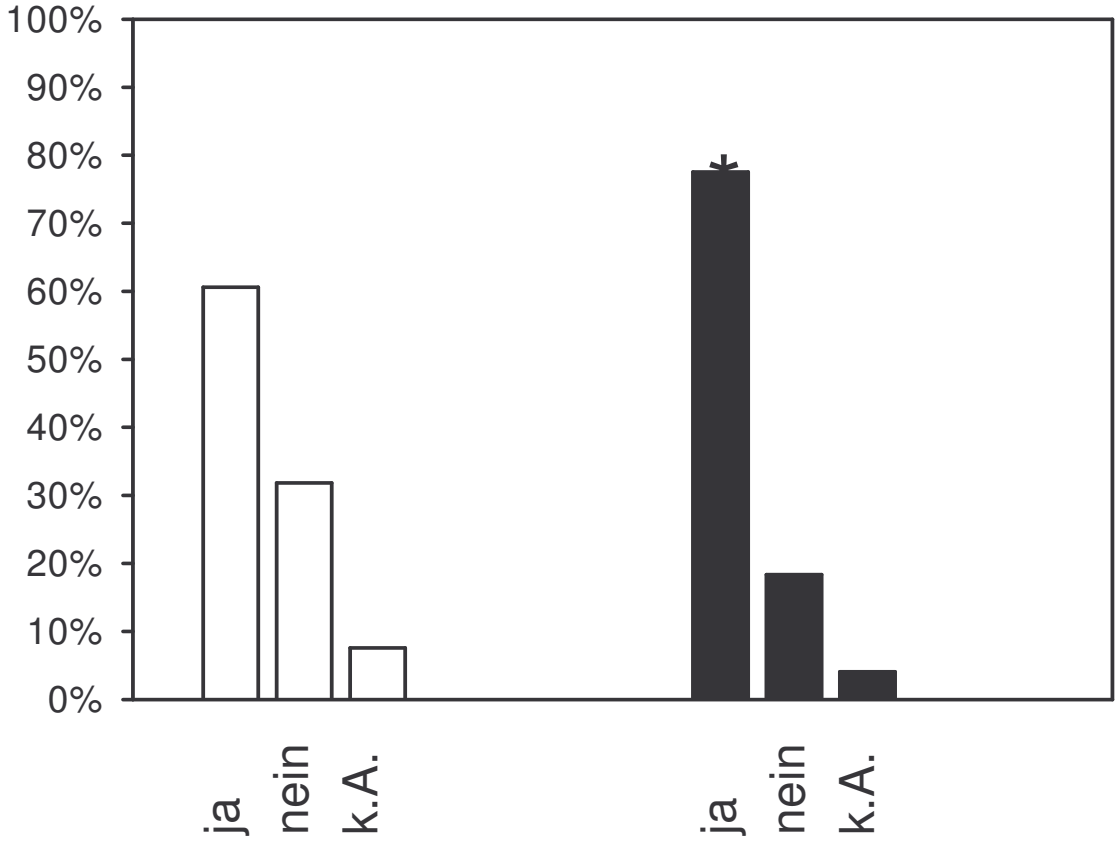
Ist Ihnen die Bedeutung des Begriffs klar?



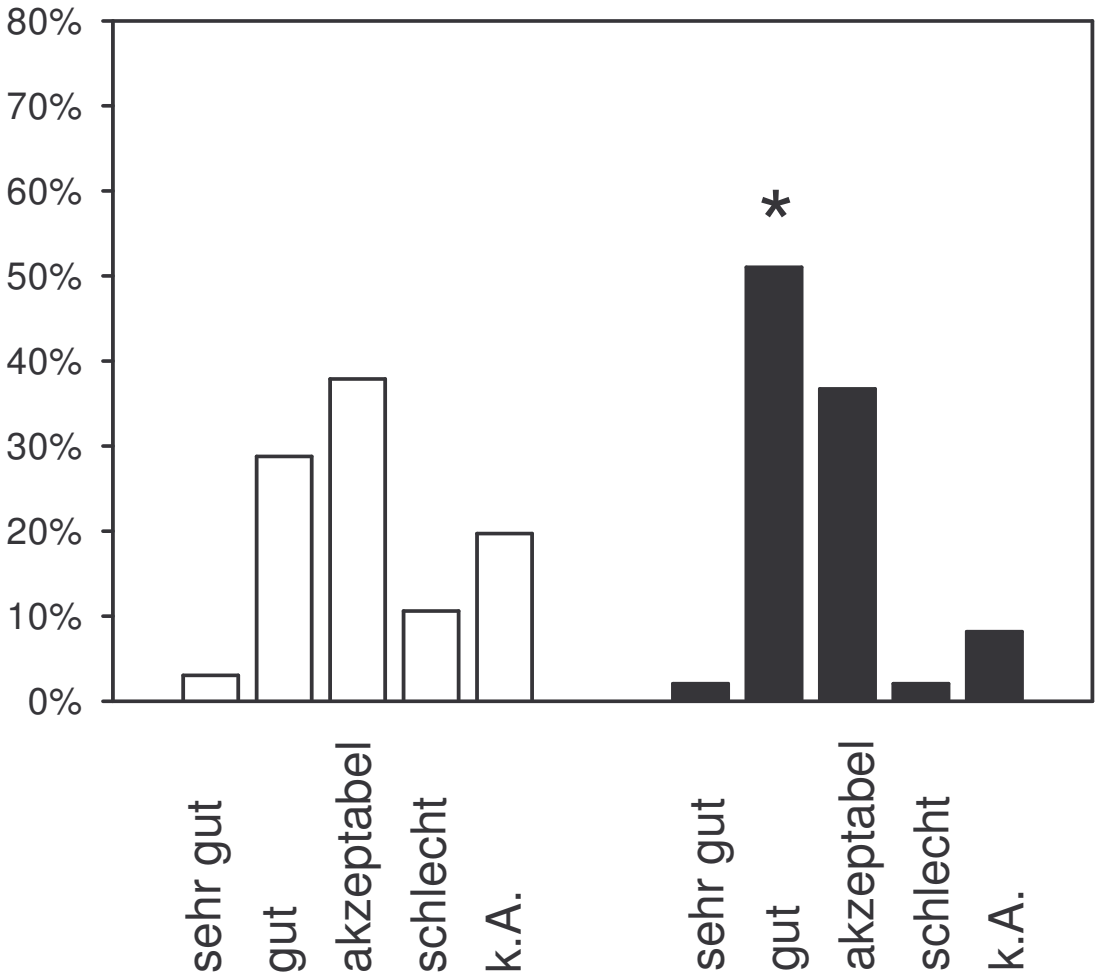
Was ist das Ziel der Behandlungspfade?

	Umfrage 1	Umfrage 2
Standardisierung	53%	44%
Qualitätssicherung	23%	24%
Ablauf vereinfachen	10%	20%
Einsparung Kosten	9%	8%

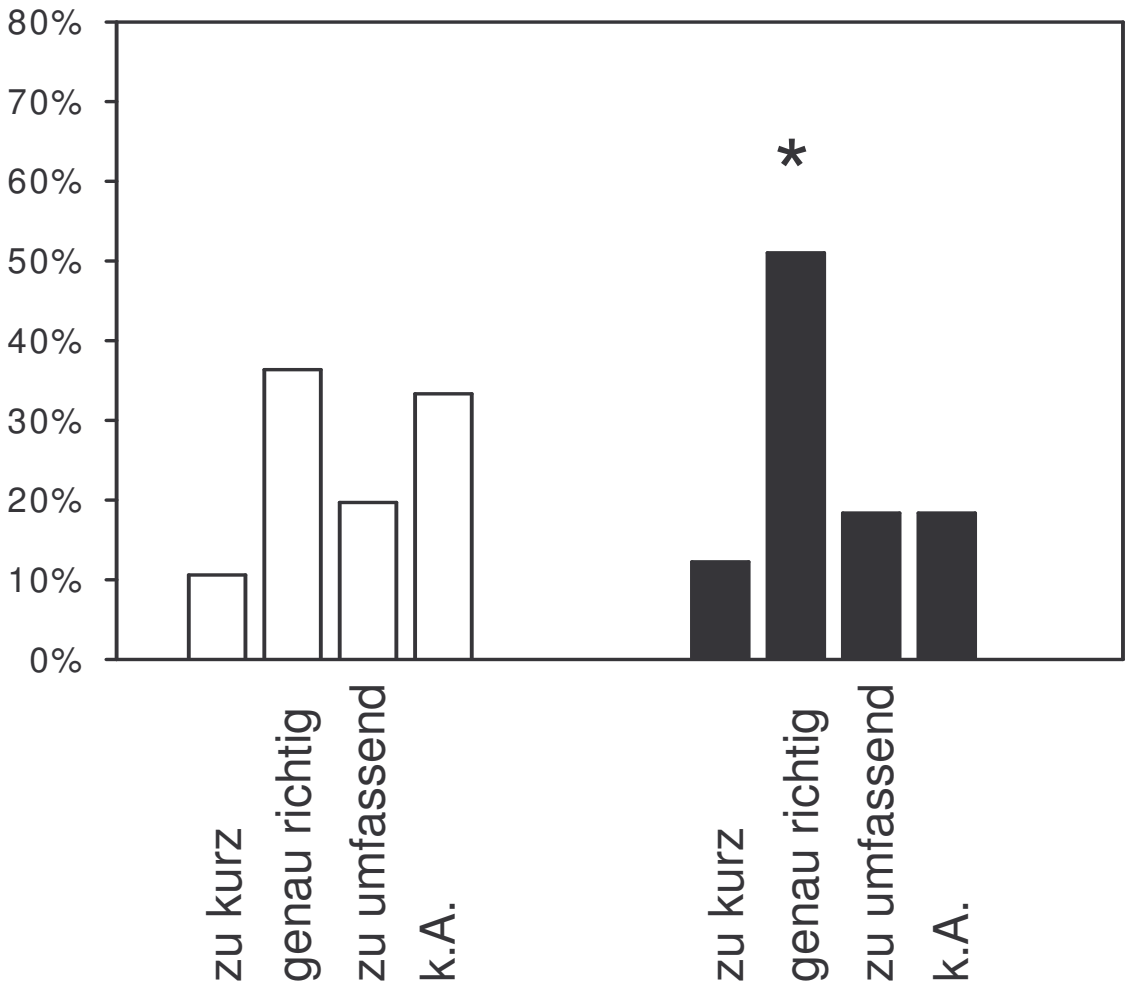
Bearbeiten Sie selbst Schritte der Behandlungspfade am Computer?



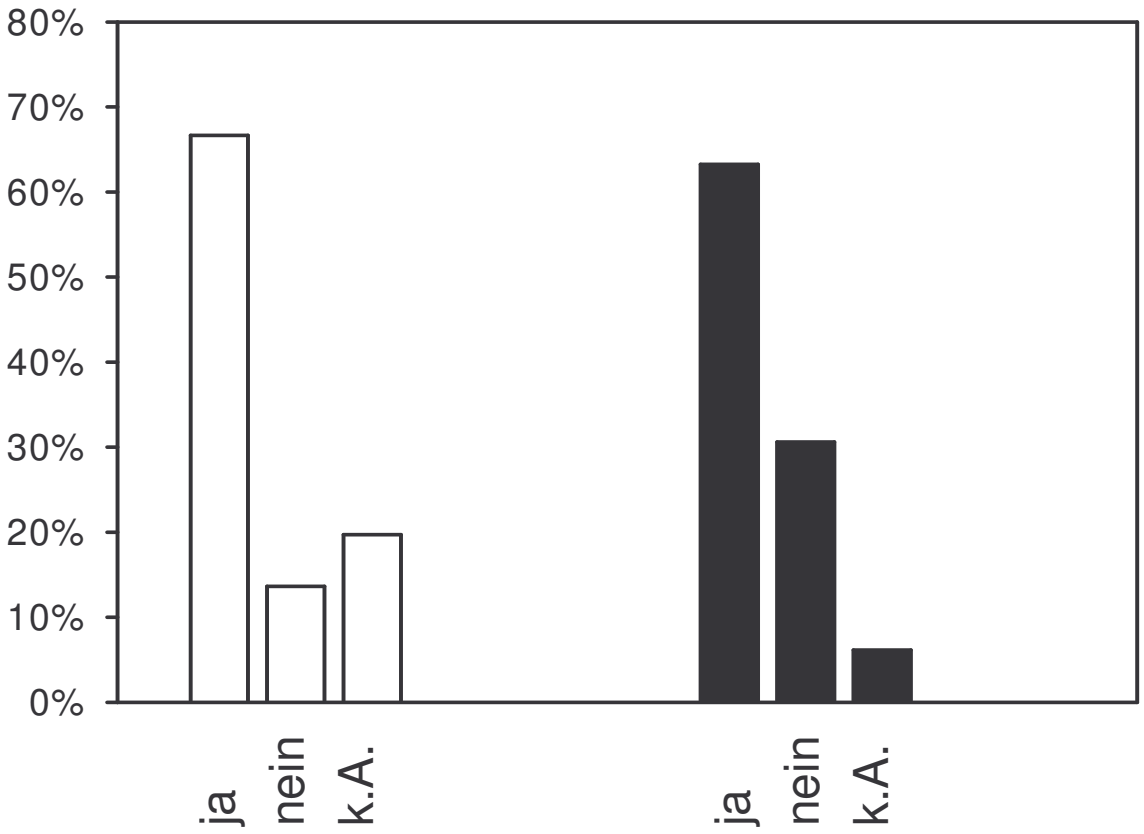
Wie beurteilen Sie die Anwenderfreundlichkeit?



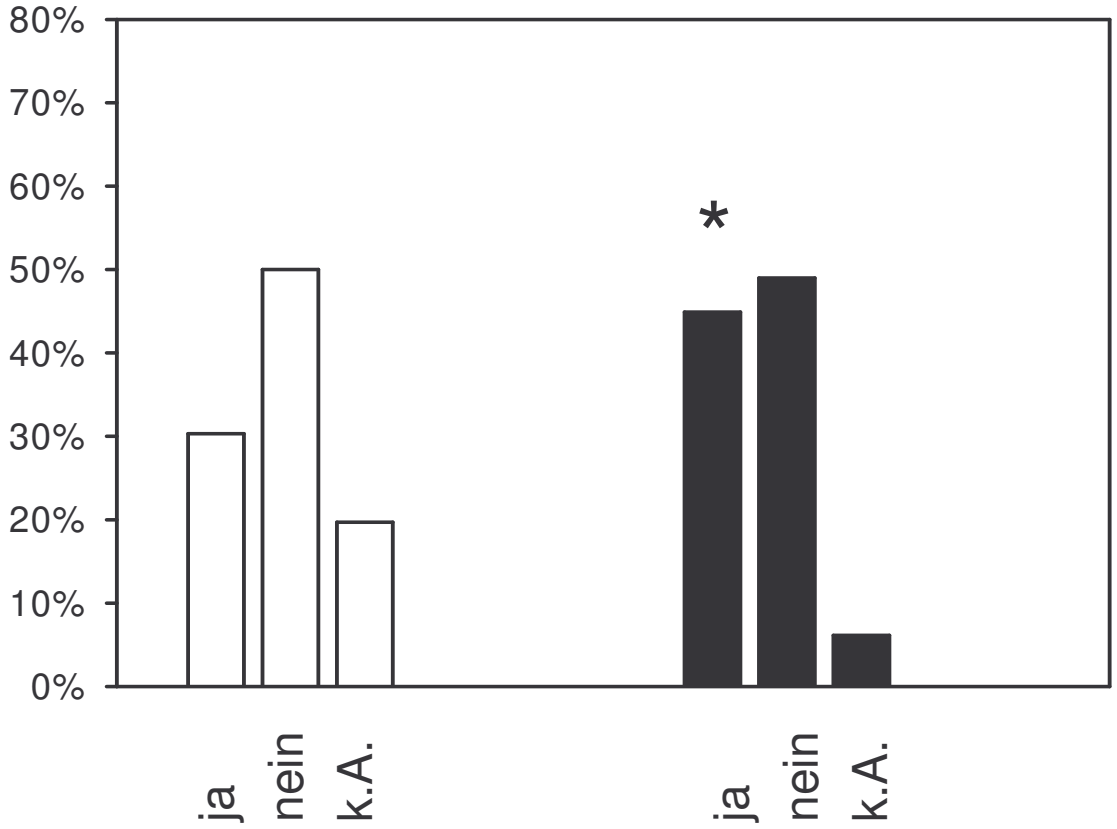
Wie beurteilen Sie den Umfang der Pfade?



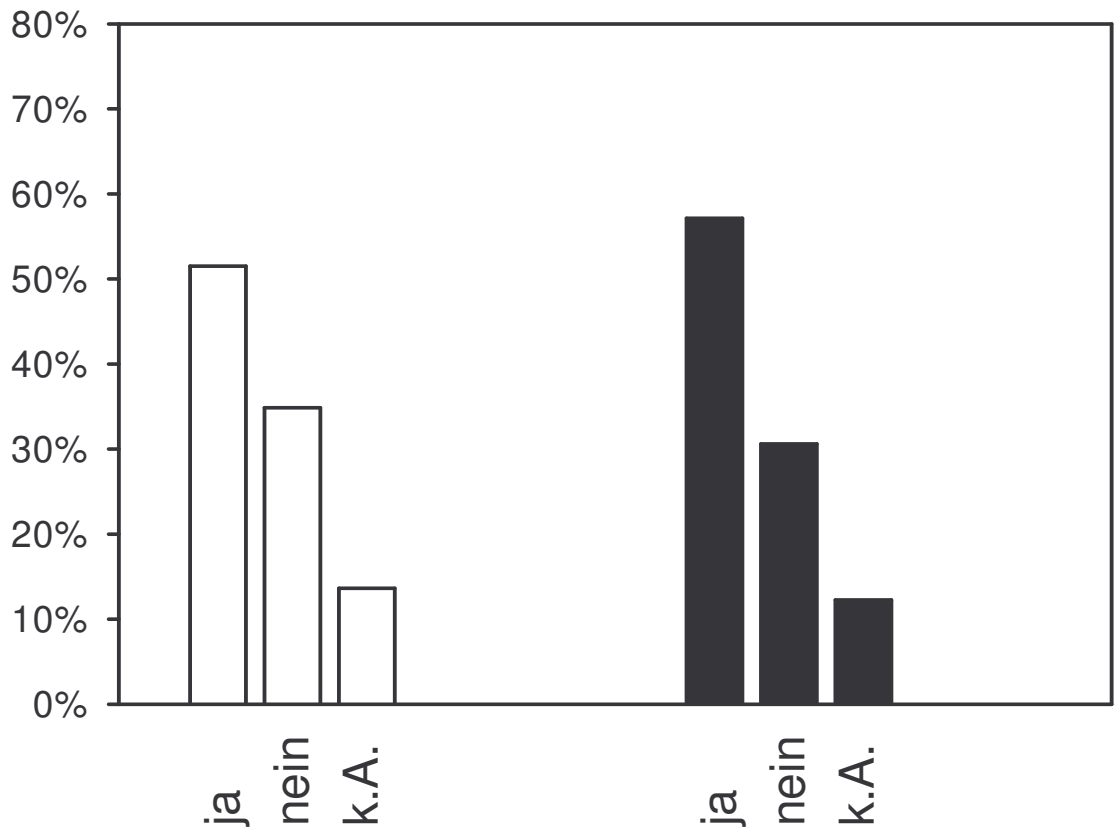
Benutzen Sie bei Unklarheiten die klinischen Informationen?



Wird Ihnen durch Pfade ein Sicherheitsgefühl vermittelt?



Ist es durch Pfade einfacher, den Überblick über noch auszuführende Tätigkeiten zu behalten?



Zusammenfassung „Anwenderzufriedenheit“:

- „clinical pathways“ beim ärztlichen und beim Pflegepersonal etabliert
- zufriedene Anwender, positive Bewertungen nehmen zu
- Umfang der Pfade, Verständlichkeit verbessert
- Übersicht und Sicherheit, Informationsmöglichkeit
- Mehraufwand ???
- Mitarbeiterschulung !

„cost effectiveness“

	n	Group 1	n	Group 2
Overall	67	12.9 ± 7.4; 11.0	62	11.1 ± 8.6; 9.0
Before OP	67	2.6 ± 3.8; 1.0	62	1.4 ± 0.9; 1.0
After OP	67	10.3 ± 6.6; 9.0	62	9.7 ± 8.5; 7.0
Low complexity	18	10.4 ± 6.3; 8.5	25	6.7 ± 2.3; 7.0
Pathway completed			14	6.9 ± 2.1; 7.0
Pathway stopped			11	6.5 ± 2.5; 8.0
Medium complexity	25	14.5 ± 8.4; 12.0	21	12.4 ± 5.3; 10.0
Pathway completed			13	11.6 ± 4.3; 10.0
Pathway stopped			8	13.8 ± 6.8; 13.5
High complexity	24	13.1 ± 6.8; 11.0	16	16.4 ± 13.8; 11.5
Pathway completed			8	12.5 ± 6.6; 10.5
Pathway stopped			8	20.3 ± 18.2; 11.5

Graeber et al. Methods Inf Med 2007

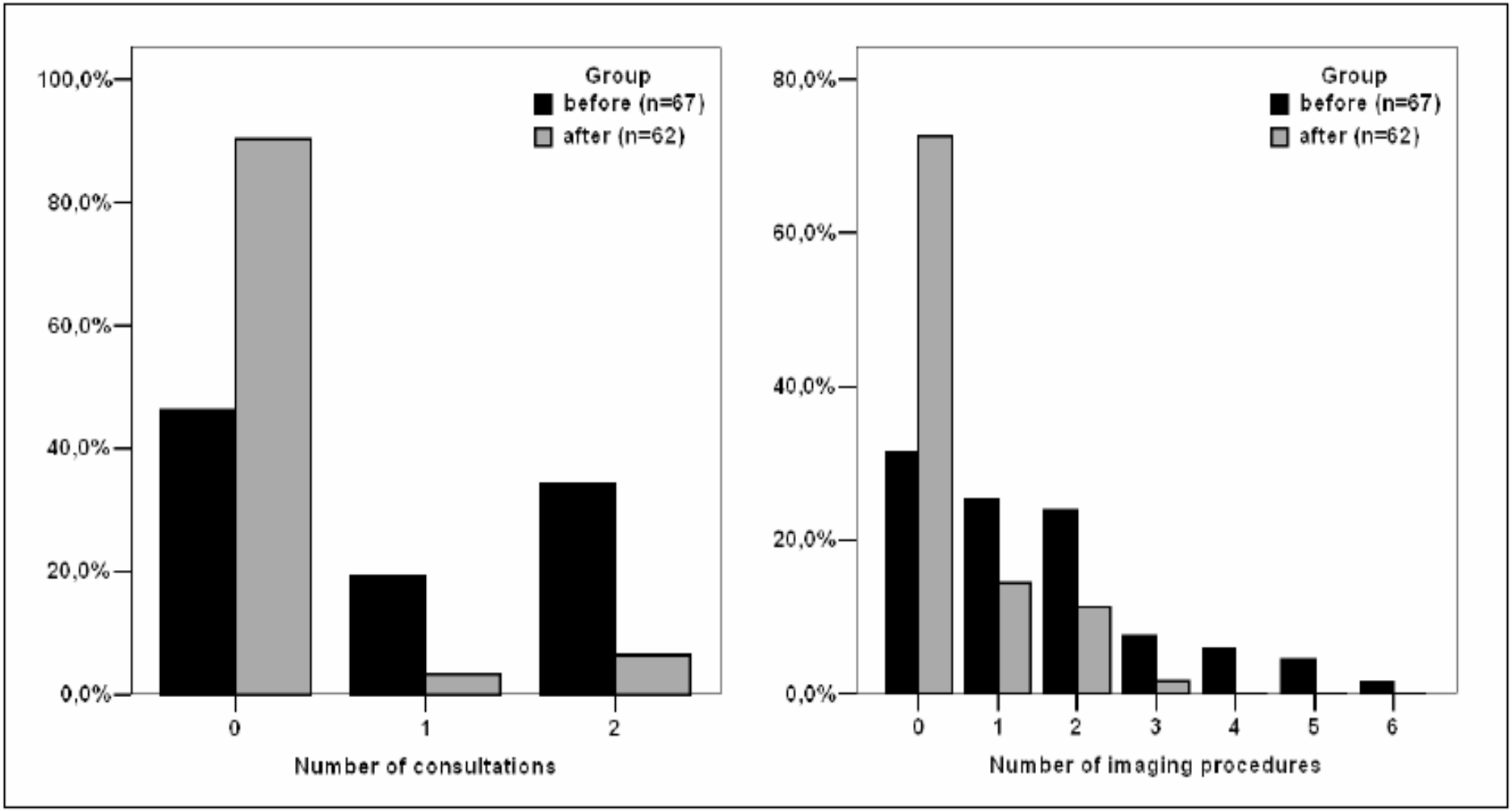


Fig. 2 Number of consultations and number of imaging procedures (x-ray, CT, NMR, ultrasonography) per patient

Graeber et al. Methods Inf Med 2007

Anzahl Laboruntersuchungen	**Phase 1**	**Phase 2**
Notwerte	6,9 ± 5,0	2,6 ± 3,0
Gerinnung	5,2 ± 4,5	2,1 ± 3,0
Blutbild	7,9 ± 5,6	3,2 ± 3,5
Sonstige	4,5 ± 4,8	1,2 ± 1,9

Mittelwert ± Standardabweichung

Graeber et al. Methods Inf Med 2007

Management:

- effektive Unterstützung durch Chef der Abteilung und Krankenhausleitung
- kontinuierliches „change management“
- gut geplantes Projektmanagement

Organisatorisch:

- interdisziplinäre Teams
- kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter
- Softwarebetreuung

Funktionell und technisch:

- Standarisierter, EBM-basierter Klinikleitfaden
- Software basierte „tools“ zur Prozessanalyse
- Pfadüberwachung and schnelle Entwicklung („prototyping“)
- automatischer „workflow control”

Graeber et al. Methods Inf Med 2007

Aktueller Stand

- 35 Behandlungspfade im Produktivsystem
- über 2400 Patientenpfade
- Promotionsarbeiten, Diplomarbeiten (z.T. abgeschlossen)
- *online*-Präsentationen im KIS vor Ort
- Pfadrevisionen im 2. Quartal 2008
- abteilungsübergreifende Pfade für 2008 geplant