

Paper 24

Kamyar Sarshar, Philipp Dominitzki, Christoph Reichel, Peter Loos

Krankenhausprozesse -
Dokumentation erhobener Daten einer Feldstudie in einem
Universitäts-Klinikum

2005

Working Papers of the Research Group Information Systems & Management

Publisher:

Prof. Dr. Peter Loos
Johannes Gutenberg-University Mainz
ISYM - Information Systems & Management
Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und BWL
D-55099 Mainz, Germany

<http://www.isym.bwl.uni-mainz.de>

The working papers 1 through 8 are published in Chemnitz, Germany, by Prof. Dr. Peter Loos and Prof. Dr. Bernd Stöckert.

© Mainz, Juni 2005

ISSN 1617-6324 (printed version)

ISSN 1617-6332 (Internet version)

URN urn:nbn:de:0006-0242

Management Summary

Der vorliegende Arbeitsbericht dokumentiert 20 Prozessinstanzen, die im Rahmen einer Feldstudie im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz erhoben wurden. Sie repräsentieren eine funktionsübergreifende Sicht auf Tätigkeiten von Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltungspersonal im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten.

Keywords: Krankenhaus, Prozesse, Kardiologie, Feldstudie

Authors

Kamyar Sarshar, Peter Loos, Philipp Dominitzki, Christoph Reichel
Johannes Gutenberg-University Mainz
ISYM - Information Systems & Management
Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und BWL
D-55099 Mainz, Germany
Phone: +49 6131 39-22734, Fax: -22185
E-Mail: {sarshar|loos|dominitzki|reichel}@isym.bwl.uni-mainz.de

Inhaltsverzeichnis

1	Motivation	1
2	Untersuchungsdesign	2
2.1	Forschungsmethode.....	2
2.2	Feld und Feldzugang.....	2
2.3	Auswahl von Patienten.....	4
2.4	Methoden der Datenerhebung.....	6
2.4.1	Beobachtung.....	6
2.4.2	Inhaltsanalyse.....	8
2.4.3	Interview.....	8
3	Erhobene Prozessinstanzen	10
3.1	DRG F10.....	10
3.1.1	Prozessinstanz P 01.....	10
3.1.2	Prozessinstanz P 02.....	13
3.1.3	Prozessinstanz P 03.....	16
3.1.4	Prozessinstanz P 04.....	19
3.1.5	Prozessinstanz P 05.....	22
3.2	DRG F43.....	25
3.2.1	Prozessinstanz P 06.....	25
3.2.2	Prozessinstanz P 07.....	27
3.2.3	Prozessinstanz P 08.....	29
3.2.4	Prozessinstanz P 09.....	31
3.2.5	Prozessinstanz P 10.....	34
3.3	DRG F44.....	36
3.3.1	Prozessinstanz P 11.....	36
3.3.2	Prozessinstanz P 12.....	39
3.3.3	Prozessinstanz P 13.....	41
3.3.4	Prozessinstanz P 14.....	43
3.3.5	Prozessinstanz P 15.....	44
3.4	DRG F15.....	46
3.4.1	Prozessinstanz P 16.....	46
3.4.2	Prozessinstanz P 17.....	48
3.4.3	Prozessinstanz P 18.....	49
3.4.4	Prozessinstanz P 19.....	51
3.4.5	Prozessinstanz P 20.....	54
4	Zusammenfassung der Interviews	56
4.1	Patientenorganisation der Klinik.....	56
4.2	Zentrale Patientenaufnahme.....	57
4.3	Anmeldung der Funktionsstation NSK2.....	57
4.4	Patientenorganisation des HK-Labors.....	57
4.5	Oberarzt der Klinik.....	59

4.6	Sekretariat der Station V2	61
4.7	Controlling der Klinik	61
5	Papierbasierte Informationsträger	62
5.1	Aufnahmevertrag.....	62
5.2	Aufnahmeanzeige für Krankenkasse.....	63
5.3	Stationsblatt.....	64
5.4	Entlassungs- / Verlegungsanzeige.....	65
5.5	Einsteckhülle.....	66
5.6	Ärztlicher Dokumentationsbogen.....	67
5.7	Fragebogen zur Krankengeschichte	68
5.8	Verdachtsdiagnosebogen.....	69
5.9	Anamnesebogen für Katheterpatienten	70
5.10	Untersuchungsbogen für Katheterpatienten	71
5.11	Herzkatheteranmeldung.....	72
5.12	Ärztlicher Anordnungsbogen	73
5.13	Pflegebericht.....	74
5.14	Pflegemaßnahmenplan	75
5.15	Pflegeanamnesebogen	76
5.16	Basisdiagnostik (Blutwerte aus dem LAURIS-System).....	77
5.17	Verbrauchsmaterialanzeige HK-Labor.....	78
5.18	HK-Anzeige für Höherberechnungen.....	79
6	Zusammenfassung und Ausblick	80
	Literaturverzeichnis.....	80

1 Motivation

Mit der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und dem damit tendenziell zunehmendem Wettbewerbsdruck im Gesundheitsmarkt werden im Krankenhausbereich Entwicklungen erkennbar, die in anderen Branchen schon länger bekannt sind. Dazu gehört in erster Linie eine kritische Auseinandersetzung mit der funktionalen Organisation von Krankenhäusern, die sich üblicherweise an Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal) und medizinischen Fachgebieten orientiert.¹ Vor diesem Hintergrund existieren in der Literatur zahlreiche Arbeiten, die sich in Anlehnung an vergleichbare Erfahrungen von Industrieunternehmen seit den 80er Jahren mit der Prozessorganisation und damit der Modellierung, Analyse und Optimierung von Krankenhausprozessen auseinandersetzen.²

Ausgangspunkt einer prozessorientierten Betrachtung der Krankenhausorganisationen bildet die fachkonzeptionelle Prozessmodellierung³, bei der relevante Aspekte der Unternehmensrealität beschrieben und damit der Optimierung, der Simulation oder der technischen Implementierung in Krankenhaus-Informationssysteme zugänglich gemacht werden. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche konkreten Anforderungen an Methoden gestellt werden, die zur Prozessmodellierung im Gesundheitswesen zum Einsatz kommen sollen und in wieweit existierende Methoden diese Anforderungen erfüllen.

Diese Fragestellung wird im Rahmen der Wirtschaftsinformatik im Umfeld des Methoden Engineering⁴ diskutiert. Ein Teilgebiet des Methoden-Engineering umfasst die Methodenkonstruktion, die sich mit der Erstellung von Werkzeugen (im allgemeinen Sinne) befasst, die von Informationssystementwicklern eingesetzt werden.⁵ Auf der Ebene des Fachkonzepts beschäftigen sich Methoden mit der Beschreibung relevanter Aspekte der Realität, für die eine Reihe von Anforderungen definiert wurden. SINZ formuliert beispielsweise mit der Forderung nach „Unterstützung bei der Aufstellung umfassender, richtiger und geeigneter Modelle“ sowie nach „Unterstützung bei der Bewältigung der Komplexität“ unterschiedliche Anforderungen an fachkonzeptionelle Methoden.⁶ Für die Geschäftsprozessmodellierung gelten für FRANK Korrektheit und Vollständigkeit, Einheitlichkeit und Redundanzfreiheit, Wiederverwendbarkeit und Wartbarkeit, Einfachheit, Verständlichkeit und Anschaulichkeit, Mächtigkeit und Angemessenheit sowie Operationalisierbarkeit als wesentlichen Anforderungen.⁷ Aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Modellierung (GoM) von SCHÜTTE lassen sich die Anforderungen der Sprach- und Konstruktionsadäquanz ergänzen.⁸

Die Überlegung, diese deduktiv hergeleiteten Anforderungen durch weitere, empirisch erhobene Anforderungen aus der Domäne zu ergänzen, führte im 4. Quartal 2004 zu einer Kooperation zwischen dem Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik und BWL und der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Mainz. Im Rahmen einer Feldstudie wurden dabei Informationen über Einzeltätigkeiten von Ärzten, Pflegern und Verwaltungspersonal in der Krankenhausdomäne erhoben. Zu jede Tätigkeit wurde neben textuelle Kurz-

¹ Vgl. Heimerl-Wagner: 1996.

² Vgl. u.a. Mühlbauer: 2004; Zapp: 2002; Hellmann: 2002; Greiling, Hofstetter: 2002; von Eiff, Ziegenbein: 2001; Greulich, Thiele, Thiex-Kreye, Bader: 1997; Scheer, Chen, Zimmermann: 1996

³ Vgl. u.a. Scheer: 2002, S. 39f.

⁴ Vgl. Heym: 1993, S. 2f.

⁵ Vgl. Becker, Knackstedt, Holten, Hansmann, Neumann: 2001, S. 4.

⁶ Vgl. Sinz: 1998, S. 27-28.

⁷ Vgl. Frank, van Laak 2003, S. 26-34.

⁸ Vgl. Schütte: 1997, S. 112.

beschreibung die organisatorische Zugehörigkeit der ausführenden Personen sowie der Informationsträger, auf die bei Ausführung der Tätigkeit zugegriffen wurde, erfasst. Zentraler Gedanke der Erhebung war, sich über die funktionale Organisation des Krankenhauses hinweg zu setzen und damit eine integrierte Darstellung aller Tätigkeiten zu dokumentieren, die im Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten von der Aufnahmen bis zur Entlassung ausgeführt werden. Ziel des vorliegenden Arbeitsberichts ist, diese Prozesse zu dokumentieren und damit Interessenten aus Wissenschaft und Praxis zugänglich zu machen.

Dieser Arbeitsbericht ist wie folgt gegliedert: nach der Einleitung wird im nächsten Abschnitt das Untersuchungsdesign dargelegt. In Abschnitt 3 werden 20 Prozessinstanzen in tabellarischer Form präsentiert. Jede Prozessinstanz beschreibt die Behandlung eines Patienten. In Abschnitt 4 wird die sinngemäße Zusammenfassung der Interviews dokumentiert, die mit am Behandlungsprozess beteiligten Personen durchgeführt wurden. Abschnitt 5 führt unterschiedliche papierbasierte Informationsträger auf, auf die im Rahmen der Prozesse zugegriffen wurde. Der Arbeitsbericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und einem Ausblick auf folgende Forschungstätigkeiten in Abschnitt 6.

2 Untersuchungsdesign

2.1 Forschungsmethode

Als anwendungsorientierte Disziplin⁹ bedient sich die Wirtschaftsinformatik zwar empirischen Forschungsmethoden, diese haben in der deutschsprachigen Wirtschaftsinformatik aber nicht die zentrale Rolle wie in der angloamerikanischen „Information Systems Research“.¹⁰ Dort gilt die Feldforschung¹¹ als eine anerkannte Forschungsmethode, die sich vor allem dazu eignet, menschliche, soziale und organisatorische Aspekte der Gestaltung von Informationssystemen in ihrer natürlichen Umgebung zu untersuchen.¹² Wichtigstes Merkmal dieser Forschungsmethode ist, dass Daten „im Feld“ erhoben werden und nicht in der künstlich geschaffene Wirklichkeit eines Labors. Das Hauptanliegen der Feldforschung ist „...Aussagen darüber zu machen, wie sich der Mensch in seiner sozialen und materiellen Umwelt verhält...“¹³. Dabei wird nicht eine geschlossene Einheit aus der Alltagswelt untersucht, sondern die Vielzahl von sozialen Prozessen und Beziehungen innerhalb und außerhalb des Untersuchungsfeldes mit berücksichtigt. Abhängig vom Untersuchungsziel werden mehrere Formen der Feldforschung unterschieden. Neben Untersuchungen zur Überprüfung von Hypothesen und Theorien sowie deskriptive Untersuchungen gilt die Feldforschung als geeignetes Mittel, um explorativ relativ unbekannte soziale Bereiche zu studieren.¹⁴ Sie wird häufig in Vorstudien zur Gewinnung von Hypothesen eingesetzt, die dann in einer Hauptstudie genauer untersucht werden.

2.2 Feld und Feldzugang

Die II. Medizinische Klinik und Poliklinik gehört mit etwa 4712 Fällen pro Jahr zu den größten Kliniken des Klinikums der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.¹⁵ Sie beschäftigt neben 10 Oberärzten und 40 Assis-

⁹ Vgl. zur Anwendungsorientierung der Wirtschaftsinformatik Frank: 2002.

¹⁰ Vgl. die Ergebnisse der Literaturanalyse von Heinrich, Wiesinger: 1997. Für einige Gründe vgl. Heinzl: 2001.

¹¹ Für eine deutschsprachige Einführung vgl. Beer: 2003.

¹² Vgl. u.a. Myers: 1999 und Avison, Myers: 1995.

¹³ Patry: 1982, S. 17.

¹⁴ Vgl. Diekmann: 1996, S. 30f.

¹⁵ Vgl. Geschäftsbericht: 2003.

tenzärzten etwa die dreifache Menge an Pflegepersonal. Genaue Zahlen konnten wegen dem häufigen Austausch von Mitarbeitern zwischen den Abteilungen nicht ermittelt werden. Die 102 Betten der Klinik sind auf unterschiedliche Stationen verteilt, die in Abbildung 1 im Überblick dargestellt sind.

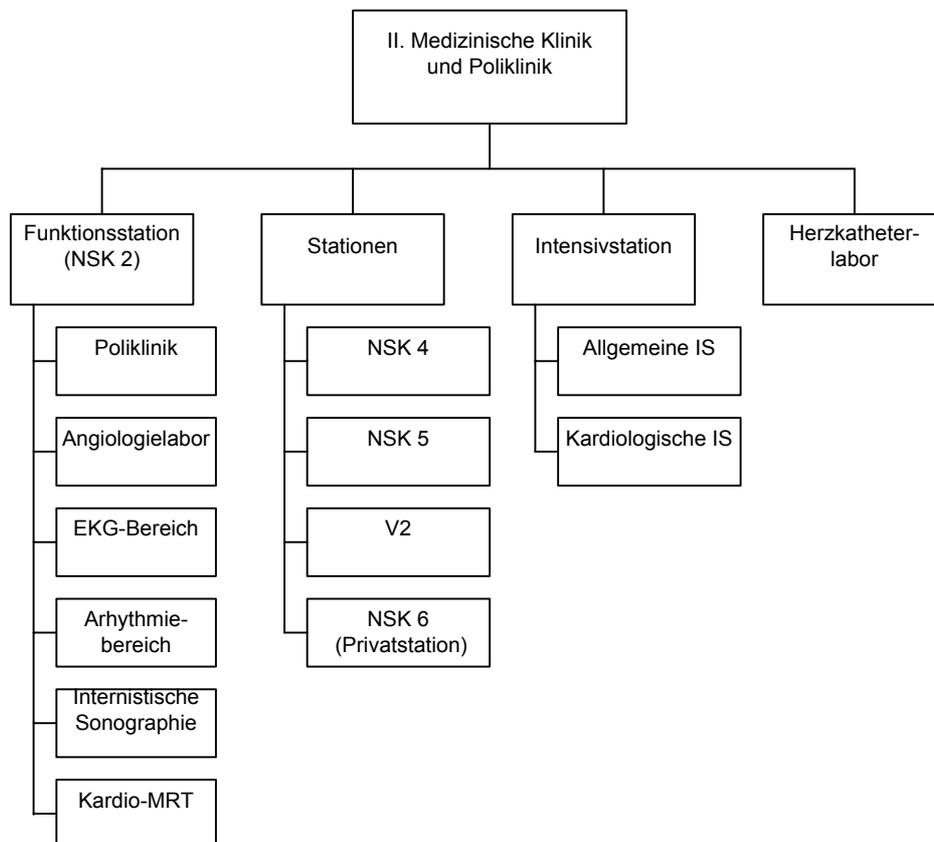


Abb. 1: Organigramm der II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Die einzelnen Stationen und Funktionsbereiche der Klinik sind mit folgenden Aufgaben betraut:

- Herzkatheterlabor (HK-Labor): Das HK-Labor bildet das „Herzstück“ der II. Medizinischen Klinik. Hier werden in zwei Räumen mit Hilfe moderner Röntgenanlagen neben Herzkatheteruntersuchungen auch nichtoperative Behandlungen wie z.B. Ballondilatationen verengter Herzklappen und Blutgefäße oder Implantationen von Gefäßstützen („Stents“) in verengte Blutgefäße, durchgeführt. Das HK-Labor hat eine Kapazität von 12 Patienten am Tag. Die Stationen NSK 4, 5, 6 sowie die V2 und die Intensivstation dienen der Vorbereitung bzw. Nachversorgung der im HK-Labor untersuchten und behandelten Patienten.
- Intensivstationen: Die Stationen bieten eine fachübergreifende Betreuung intensivpflichtiger Patienten. Im Vordergrund steht dabei die Betreuung von kardiologischen Notfallpatienten. Neben 16 Intensivtherapiebetten stehen 10 Intensivüberwachungsbetten zur Verfügung, die ein ständiges Monitoring aller Vitalfunktionen ermöglichen. Ebenfalls besteht die Möglichkeit zur invasiven und nichtinvasiven Beatmung.

- NSK2: Die Funktionsstation umfasst neben der Poliklinik verschiedene Abteilungen zur internistischen Diagnostik. Dazu gehören Echokardiographie, Angiologie, Sonographie, Gastroenterologische Diagnostik sowie Kardio-MRT.
- NKS 4: Die Station bietet 24 Betten in Doppel- und zwei Einzelzimmern. 4 dieser Betten sind Intensivüberwachungsbetten. Die Station gilt als „Intermediate-Care“ zwischen Intensivstation und peripherer/ambulanter Behandlung. Mindestens zwei Stationsärzte sind tagsüber für die Patienten verantwortlich. Nachts wird die ärztliche Versorgung durch den kardiologischen Hausdienst gewährleistet.
- NSK 5/6: Die NSK 5 ist eine überwiegend kardiologische Station. Sie umfasst 28 Betten. Hier werden neben kardiologischen auch andere internistische Krankheitsbilder behandelt. Außerdem werden hier Patienten nach einer Herzoperation oder einer Gefäßoperation postoperativ nachbetreut. Die NSK 6 umfasst 24 Betten und ist eine Privatstation.
- V2: Die Station bietet 12 Betten und wird von 6 Krankenschwestern bzw. -pflegern sowie einem Stationsarzt geführt. Diese betreuen fast ausschließlich Patienten, die eine Herzkatheteruntersuchung erhalten. Die Station ist an Wochenenden geschlossen.

Nachdem die Zustimmung zur Durchführung vorlag, wurde ein Oberarzt seitens der Fachabteilung benannt, der im Rahmen einer halbtägigen Ortsbegehung die involvierten Abteilungen und die dort tätigen Stationsärzte und Oberschwester vorstellte, und über die gesamte Zeit als Ansprechpartner zur Verfügung stand. Parallel wurde ein Schreiben entworfen, um vor der Erhebung der Daten eines Patienten dessen Einverständnis schriftlich einzuholen. In dem Schreiben wurde der Patient über den Inhalt und die Bedeutung der Studie, sowie über die für die Durchführung verantwortlichen Personen und die anonymisierte Verwendung der erhobenen Daten aufgeklärt. Das Schreiben wurde dem Patienten nach seinem Erscheinen auf der Station vorgelegt und erläutert. Ihm wurde darin die Möglichkeit eingeräumt, die Teilnahme jederzeit abzubrechen oder sein Einverständnis zu widerrufen. Nur die Patienten, die sich schriftlich zur Teilnahme bereitklärten, wurden im Rahmen der Studie beobachtet.

2.3 Auswahl von Patienten

Bei der Zusammenstellung der Stichprobe an Patienten, deren Patientenprozess erhoben werden sollte, wurden folgende Kriterien herangezogen:

- **Häufigkeit des Auftretens der Diagnose**

Durch dieses Kriterium sollte sichergestellt werden, dass die erhobenen Prozesse wegen ihrer Häufigkeit „typische“ Abläufe darstellen. Zur Entscheidung wurden Statistiken über die Behandlungsfälle der letzten 10 Monate genutzt.

- **Organisatorische Zuordnung der Prozesse**

Einige Behandlungen finden in Kooperation mit anderen Kliniken statt. Aus organisatorischen Gründen wurden nur solche Prozesse betrachtet, deren Ablauf vollständig in den Abteilungen der II. Medizinischen Klinik stattfinden.

- **Geplante & akute Patienten**

Geplante Patienten sind solche Patienten, die vor ihrer Ankunft durch niedergelassene Ärzte oder andere Kliniken z.T. mehrere Tage oder Wochen im Voraus angekündigt oder wegen einer Nachuntersuchung direkt vom Krankenhaus einbestellt werden. Akute Patienten kommen aufgrund bestimmter Beschwerden auch nachts oder am Wochenende ohne Voranmeldung in die Notfallaufnahme und müssen sofort versorgt werden. Ziel war es, sowohl geplante als auch akute Fälle zu dokumentieren. Bei den geplanten Fällen sollte die Aufnahme von reinen Untersuchungen ohne Befund, von Untersuchung mit Befund aber ohne Behandlung, sowie von Untersuchungen mit Befund und Behandlung, das Vorkommen unterschiedlich komplexer Prozesse sicherstellen.

Aus der Anwendung der Selektionskriterien wurden in Zusammenarbeiten mit dem Oberarzt, der die Prozessenerhebung betreute, die in Tabelle 1 dargestellten Diagnosen für die Untersuchung ausgewählt. DRG-Code¹⁶ und –Bezeichnung sind in der Tabelle aufgeführt, um die Diagnosen der erhobenen Prozesse nachvollziehen zu können.¹⁷

DRG-Code	DRG-Bezeichnung	Umgangssprachlich Bezeichnung der Diagnose	Typ	Patienten-Code
F10	Perkutane Koronarangioplastie bei akutem Myokardinfarkt	Aufdehnung von verengten Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter bei akutem Herzinfarkt	Notfall	P01-P05
F43	Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei KHK	Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Krankheiten, die nicht die Herzkranzgefäße betreffen	Geplant „Untersuchung ohne Befund“	P05-P10
F44	Invasive kardiologische Diagnostik, bei KHK mit äußerst schweren oder schweren CC	Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Verschlusskrankheiten der Herzkranzgefäße	Geplant „Untersuchung mit Befund, keine Behandlung“	P11-P15
F15	Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem Myokardinfarkt, Stentimplantation	Aufdehnung von verengten Herzkranzgefäßen und/oder Einsetzen einer Gefäßstütze mittels Herzkatheters bei Patienten ohne akuten Herzinfarkt	Geplant „Untersuchung mit Befund und Behandlung“	P16-P20

Tabelle 1: Überblick aufgenommenen Prozessinstanzen

Außer beim akuten Herzinfarkt, bei dem der Zeitpunkt des Behandlungsprozesses nicht geplant werden konnte, wurden für die restlichen Diagnosen, soweit Daten über geplante Fälle vorlagen, entsprechende Patienten zusammengestellt. Da die Planung meist wöchentlich durchgeführt wurde und selbst diese durch akute Fälle immer wieder umgestellt wurde, musste dieser Vorgang wöchentlich wiederholt werden, bis alle Prozesse für die benötigten Fälle erhoben waren. Wurden Patienten erhoben, deren Diagnose sich im Laufe der Erhebung änderte, wurde der Ablauf nicht weiter verfolgt.

¹⁶ Die im Rahmen der Vergütung von Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen eingeführte DRG (Diagnosis Related groups) repräsentiert ein Schema zur Klassifizierung von Krankenhausleistungen. Für eine Einführung vgl. u.a. Lungen, Lauterbach, Lungen: 2003.

¹⁷ Die umgangssprachliche Bezeichnung der Diagnose wurde aus AOK-Bundesverband: 2005 entnommen.

2.4 Methoden der Datenerhebung

In der Literatur werden eine Reihe unterschiedlicher Methoden der Datenerhebung diskutiert, die bei empirischen Forschungen Anwendung finden können.¹⁸ Im Rahmen dieser Studie wurden die in Tabelle 2 dargestellten Methoden zur Datenerhebung genutzt.

Methode	Anwendung bei der Datenerhebung
Beobachtung	Erhebung der aus Patientensicht beobachtbaren Teile eines Behandlungsprozesses durch Begleitung des Patienten.
Inhaltsanalyse	Auswertung der jeweiligen Patientenakte nach Beendigung der Behandlung mit dem Ziel, die aus der Beobachtung erhobenen Daten durch Informationen aus der Akte zu vervollständigen.
Interview	Interviews mit beteiligten Personen zur Validierung erhobener Prozesse. Außerdem wurden dabei die Teile der Prozesse erfragt, die weder durch Beobachtung noch durch Auswertung der Patientenakte erhoben werden konnten.

Tabelle 2: Überblick über eingesetzte Datenerhebungsmethoden

2.4.1 Beobachtung

Die Beobachtung als Methode der Datenerhebung wurde eingesetzt, um die aus Patientensicht beobachtbaren Teile eines Behandlungsprozesses zu erheben. So konnten alle Tätigkeiten erfasst werden, die vom Erscheinen des Patienten in der Klinik bis zu seiner Entlassung direkt mit ihm in Bezug standen. Dazu gehörten z.B. die Patientenaufnahme bei der Anmeldung, Untersuchungs- und Pflegemaßnahmen auf den Stationen sowie Transporte des Patienten zwischen Stationen. Tabelle 3 dient der Systematisierung unterschiedlicher Dimensionen von Beobachtungen und deren Ausprägungen. Die hervorgehobenen Ausprägungen repräsentieren die Art der Beobachtung, wie sie hier eingesetzt wurde.

Dimension	Ausprägung	
	Strukturiertheit	<i>Strukturiert</i>
Offenheit	Verdeckt	<i>Offen</i>
Teilnahme	<i>Passiv</i>	Aktiv

Tabelle 3: Dimensionen und Ausprägungen der Beobachtung als Datenerhebungsmethode

Die Strukturiertheit einer Beobachtung bezieht sich auf die Wahrnehmung und ihre Aufzeichnung. Mit „strukturiert“ und „offen“ wird ein Kontinuum gespannt, in der unterschiedliche Arten der Beobachtung im Feld möglich sind. Einer unstrukturierten Beobachtung liegt keinerlei Schema zugrunde. Sie orientiert sich an der Forschungsfrage und ermöglicht damit eine offene und flexible Beobachtung. Im Gegensatz dazu liegt bei der strukturierten Beobachtung ein vorher erstelltes Beobachtungsschema vor, das festlegt, was beobachtet werden soll und welche konkreten Ausprägungen die zu erfassenden Datenfelder haben sollen. Bei der vorliegenden Studie wurde eine strukturierte Beobachtung angewendet. Als Beobachtungsschema kam dabei ein Arbeitsablaufbogen zum Einsatz, das von der Struktur dem Vorgangskettendiagramm¹⁹ angelehnt

¹⁸ Für einen Überblick über qualitative und quantitative Methoden der Datenerhebung vgl. u.a. Flick: 1995, S. 177ff und Diekmann: 1996, S. 371ff.

¹⁹ Vgl. u.a. Scheer: 1990, S. 38ff.

ist und dessen Eignung zur Erfassung von Krankenhausprozessen in der Literatur dokumentiert wurde.²⁰ Der Arbeitsablaufbogen wurde wie folgt strukturiert:

- **Nr.:** gibt die Schrittfolge der Tätigkeiten wieder.
- **Zeit:** über *Datum*, *Zeit* und *Dauer* wird die zeitliche Dimension einer Tätigkeit festgehalten. *Zeit* und *Dauer* sind gerundete Angaben. Zeiten zwischen zwei Schritten sind Wartezeiten.
- **Organisation:** über *Abteilung* und *Stelle* wird dokumentiert, wer für die Ausführung der Tätigkeit verantwortlich ist. Bei der *Stelle* wird darauf verzichtet, den Stelleninhaber namentlich zu erwähnen. Es wird auf die Funktion der Stelle abstrahiert, so dass das Feld folgende Ausprägungen haben kann: „Pfleger“, „Arzt“, „Verwaltung“, „Patient“.
- **Tätigkeit:** Die Tätigkeit wird durch die Felder *Art* und *Beschreibung* dokumentiert. *Art* gibt eine grobe Einteilung der Tätigkeit an. Mögliche Ausprägungen sind: „T“ (für Transport), „V“ (für Verwaltung), „P“ (für Pflege), „U“ (für Untersuchung) und „B“ (für Behandlung). Durch das Feld *Beschreibung* wird die Tätigkeit kurz inhaltlich skizziert.
- **Daten:** durch das Feld *Informationsträger* wird festgehalten, an welchen Stellen die Beobachtung des Patienten mit elektronischen (bspw. SAP-System) und papierbasierten (bspw. Aufnahmebögen) Dokumenten in Berührung kam. Da jedoch eine vollständige Erfassung aller dokumentenrelevanten Vorgänge im Krankenhaus eine eigene Untersuchung rechtfertigen würde, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie von einer vollständigen Erfassung abstrahiert. Die Informationen sollten deshalb nicht als vollständige Beschreibung der Dokumenten-Life-Cycle verstanden werden.

Folgendes Schema lag demnach der strukturierten Beobachtung zugrunde.

		Zeit		Organisation		Tätigkeit		Daten
Nr.	Datum	Start	Dauer	Abteilung	Stelle	Art	Vorgangsbeschreibung	Informations-Träger

Tabelle 4: Felder des Arbeitsablaufbogens

Die Offenheit der Beobachtung bezieht sich auf die Transparenz der Beobachtungssituation aus Sicht der beobachteten Subjekte. Hier wird zwischen der verdeckten und offenen Beobachtung unterschieden. Bei der verdeckten Beobachtung wissen die Beobachteten nicht, dass sie beobachtet werden; so soll ein möglichst natürliches Verhalten der Beobachteten sichergestellt werden. Im Rahmen dieser Studie kam aus ethischen, rechtlichen und praktischen Überlegungen nur die offene Beobachtung in Frage.

Die Teilnahme der Beobachter bezieht sich auf ihre Partizipation an der Situation, die sie beobachten. Von aktiver Teilnahme wird gesprochen, wenn Beobachter eine Rolle innerhalb der zu beobachtenden Umgebung übernehmen, um sich damit in die Lage der zu untersuchenden Personen zu versetzen und deren Verhalten nachvollziehen zu können. Als Passiv werden Beobachter bezeichnet, die die zu beobachtende Umgebung von Außen betrachten und sich dabei ausschließlich auf Ihre Rolle als Forscher beschränken. Aufgrund der hier angestrebten Zielstellung und der damit einhergehenden Beobachtung unterschiedlicher, am Behandlungsgeschehen beteiligter, Personengruppen, lag die Wahl der passiven Beobachtung nahe. Dabei muss

²⁰ Vgl. u.a. Knorr, Calzo, Röhrig, Teufel: 1999.

erwähnt werden, dass aufgrund der Anwesenheit der Beobachter eine gewisse Partizipation am Geschehen nie ganz ausgeschlossen werden kann. Dies war in Rahmen dieser Studie dadurch begründet, dass die Beobachter bei der Ausführung ihrer Tätigkeit auf die Unterstützung der Beobachteten angewiesen waren und schon deshalb nicht mehr von einer rein passiven Beobachtung gesprochen werden kann.

2.4.2 Inhaltsanalyse

Gegenstand der Inhaltsanalyse ist die systematische Erhebung und Auswertung von Texten, Bildern und Filmen.²¹ Als Gegenstand der Inhaltsanalyse diente hier die Patientenakte, in der nahezu sämtliche behandlungsrelevanten Informationen eines Patienten zusammengefasst werden. Im Verlauf der Behandlung dient sie als Medium der Dokumentation und der Kommunikation zwischen Pflegern und Ärzten sowie zum Informationsaustausch der unterschiedlichen Tag- und Nachtschichten. Nach Beendigung des Patientenaufenthalts wird die Akte archiviert. Der Zugriff auf archivierte Akten zu Forschungszwecken muss autorisiert werden und ist streng reglementiert. Ziel der hier vorgenommenen Analyse der Patientenakten war es, die aus der Beobachtung erhobenen Daten durch Informationen aus der Akte nach Möglichkeit zu vervollständigen. Dazu wurden folgende Formulare der einzelnen Akten gesichtet, mit den beobachteten Daten auf den Arbeitsablaufbögen verglichen und fehlende oder nicht-beobachtbare Ablaufbestandteile ergänzt:

- *Ärztlicher Anordnungsbogen*: Abgleich der Anordnungen des Arztes an das Pflegepersonal bezüglich (Bedarfs-) Medikation, weiteren Untersuchungen und Pflegemaßnahmen sowie Daten und Zeiten der jeweiligen Vorgänge
- *Pflegebericht*: Abgleich der Pflegebefunderhebung und darauf folgender Durchführung außerplanmäßiger (Pflege-) Maßnahmen bezüglich Daten und Zeiten
- *Pflegemaßnahmenplan*: Abgleich der planmäßigen Pflegemaßnahmen bezüglich Daten und Zeiten
- *Herzkatheterbericht*: Abgleich von Diagnostik, Ablauf, Daten und Zeiten der Herzkatheteruntersuchung
- *Arztbrief*: Überprüfung der Einordnung des Patienten in eine bestimmte DRG-Gruppe auf Basis der berichteten Diagnostik und durchgeführten Maßnahmen; Abgleich von Daten und Zeiten der Aufnahme und Entlassung des Patienten

2.4.3 Interview

Die durch Beobachtung aufgenommene Sicht des Patienten sowie die Auswertung der Patientenakten ergibt noch keine vollständige Darstellung eines Patientenprozesses, da einige Tätigkeiten im Vorfeld der Untersuchung und wiederum andere nach der Entlassung stattfinden. Auch während des Aufenthaltes finden Tätigkeiten statt, die durch direkte Beobachtung des Patienten nicht unmittelbar erfasst werden können. Deshalb war es notwendig, die erhobenen Daten durch Interviews zu ergänzen. In Tabelle 5 werden unterschiedliche Dimensionen und Ausprägungen von Interviews systematisiert.²² Auch hier repräsentieren hervorgehobene Ausprägungen die Art der Interviews, wie sie im Rahmen dieser Studie eingesetzt wurde eingesetzt wurde.

²¹ Die Darstellungen der Methode in diesem Abschnitt sind aus Diekmann: 1996, S. 481ff.

²² Vgl. Diekmann: 1996, S. 371.

Dimension	Ausprägung		
Art der Kommunikation	persönlich	telefonisch	schriftlich
Grad der Strukturierung	vollständig strukturiert	semi-strukturiert	offen
Befragte Personen	Einzelpersonen		Personengruppen

Tabelle 5: Dimensionen und Ausprägungen vom Interview als Datenerhebungsmethode

Nach Art der Kommunikation werden persönliche, telefonische oder schriftliche Interviews unterschieden. Wegen der vergleichsweise geringen Anzahl durchzuführender Interviews wurden die Interviews persönlich durchgeführt. Dies bot den Vorteil, die für die Prozesserhebung interessanten Themen im Gesprächsverlauf gezielt zu vertiefen. Einzelinterviews wurden mit Mitarbeitern aus folgenden Abteilungen durchgeführt. Sie dauerten jeweils etwa 60 Minuten:

Abteilung	Gegenstand des Interviews
Patientenplanung und Koordination	Ablauf der Wochenplanung geplanter Patienten
Zentrale Patientenmeldung	Ablauf der Aufnahme von Patienten
Anmeldung NSK2	Ablauf der Planung von Voruntersuchungen von Patienten
Organisation HK-Labor	Ablauf der Tagesplanung im HK-Labor Grundsätzlicher Ablauf einer HK-Untersuchung
Oberarzt	Ablauf der Katheteruntersuchung
Sekretariat V2	Ablauf der Katheteruntersuchung
Controlling	Ablauf der Erfassung und Abrechnung von Leistungen

Tabelle 6: Durchgeführte Interviews und deren Gegenstand

Während bei einem vollständig strukturierten Interview ausschließlich Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und in vorgegebener Reihenfolge gestellt werden, ist das offene Interview nur an wenigen Grundfragen orientiert. Weitere und tiefergehende Fragen ergeben sich erst aus dem Gesprächsverlauf heraus. Diese Form des Interviews wurde gewählt, um Antworten nicht unnötig durch vorgegebene Antwortkategorien einzuschränken und dadurch möglichst viel über die Tätigkeit der interviewten Personen zu erfahren. Der Gesprächsverlauf wurde schriftlich dokumentiert und später inhaltlich zusammengefasst. Das Gespräch mit dem Oberarzt wurde zusätzlich auf Tonband aufgenommen, um später auch komplexere fachliche Informationen aus dem Interview besser zusammenfassen zu können.

3 Erhobene Prozessinstanzen

3.1 DRG F10

3.1.1 Prozessinstanz P 01

(Patient: weiblich, 74 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	20.12.	11:15	17	Notaufn.	Pflege	V	Aufnahme als „ambulante Kurzaufnahme“ nach Notfalleinlieferung; Verdacht auf Herzinfarkt; Patientendaten werden im SAP-System eingegeben	1) SAP-System 2) Etikettenaufkleber
2	20.12.	11:35	10	Notaufn.	Arzt	U	Entscheidung: Anordnung weiterer Untersuchungen (EKG, Blutwerte - ggf. alle 3 h, Medikation)	1) Verdachtsdiagnosebogen 2) Ärztlicher Anordnungsbogen 3) Ärztlicher Anamnesebogen
3	20.12.	12:00	2	Notaufn.	Pflege	B	Medikation	Ärztlicher Anordnungsbogen
4	20.12.	12:30	20	Notaufn.	Pflege Arzt	U	EKG-Messung, Puls messen; Blutabnahme (Blutwerte werden alle 6 h kontrolliert um Hinweise auf bestimmte Herzinfarktenzyme zu erhalten, die sich erst nach einer gewissen Zeit im Blut zeigen), Temperatur wird gemessen; Pflege-rische Anamnese	1) Pflegebericht 2) Pflegemassnahmen-plan 3) Pflegeanamnese
5	20.12.	12:50	5	Notaufn.	Arzt	V	Herzkatheteruntersuchung wird zusammen mit Kardiologen terminiert. Entscheidung: Untersuchung um 15:00 Uhr ²³	
6	20.12.	17:00	20	Notaufn.	Pflege Patient	P V	Abendessen wird verteilt. Gleichzeitig wird der Patient informiert, dass der Kathetereingriff auf den nächsten Tag verschoben wird, da Patient keine großen Beschwerden hat, das HK-Labor belegt ist, Patient schlechte Blutwerte hat und Patient in OASIS-5 Studie aufgenommen wurde, und von der Randomisierung 2 Tage auf die Untersuchung warten sollte	
7	20.12.	20:00	5	Notaufn.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
8	21.12.	08:30	5	Notaufn. --> Intensivst.	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	

²³ Für Details zur Patientenorganisation im HK-Labor vgl. Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
9	21.12.	08:40	20	Intensivst.	Pflege	V	Übernahme des Patienten aus dem SAP-System der Notaufnahme in die Intensivstation; Zimmerzuweisung, Anschluss an Monitorbett	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 6) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 7) Stationsblatt 8) SAP-System
10	21.12.	09:00	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	
11	21.12.	10:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Blutuntersuchung; Zwischendurch (keine genauen Zeiten) Medikation zur Senkung der schlechten Blutwerte auf ein Niveau, das eine HK-Untersuchung zulässt; darüber hinaus spezielle Medikation der OASIS-5 Studie	Pflegebericht
12	21.12.	11:00	20	Intensivst.	Arzt	U	Visite. Entscheidung: Patient soll weiterhin überwacht werden bis sich die Blutwerte verbessern. Die HK-Untersuchung soll am nächsten Tag erfolgen.	Gesamte Patientenakte
13	21.12.	12:00	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
14	21.12.	14:00	10	Intensivst.	Pflege	U	Blutuntersuchung	
15	21.12.	17:00	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
16	21.12.	18:45	5	Intensivst.	Pflege	P	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	22.12.	06:30	5	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Untersuchung)	Pflegebericht
18	22.12.	10:00	5	Intensivst. --> HK-Labor	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	
19	22.12.	10:15	18	HK-Labor	Pflege Arzt	V P	Patient wird aufgeklärt, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
20	22.12.	10:33	55	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung wird durchgeführt. Entscheidung: F10Z; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)

²⁴ Der Begriff „Frühstück“ (wie auch die anderen Mahlzeiten) umfasst das Bringen des Frühstücks (Pflege), den Verzehr (Patient) und das anschließende Abräumen (Pflege).

²⁵ Für den Ablauf der Untersuchung vgl. Interview mit Oberarzt im Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
								6) CARDAS-System
21	22.12.	12:36	10	HK-Labor --> NSK4	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	
22	22.12.	12:46	5	NSK4	Pflege	P	Aufnahme auf Station NSK4 und Zimmerzuweisung	1) Patientenakte 2) Verlegungsbericht
23	22.12.	13:00	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
24	22.12.	13:30	8	NSK4	Arzt	U	"kleine" ärztliche Aufnahme; d.h. nur ein kurzer Status des Patienten; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte (Basisdiagnostik)	
25	22.12.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
26	22.12.	17:30	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
27	22.12.	19:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	22.12.	20:00	10	NSK4	Arzt	B	Druckverband abnehmen	Pflegebericht
29	22.12.	22:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
30	23.12.	06:30	10	NSK4	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme, Waschen des Patienten	Pflegebericht
31	23.12.	06:55	10	NSK4	Pflege	P	"kleine" Pflegerische Anamnese (Ergänzung und Kontrolle der Angaben aus den vorherigen Stationen)	Pflegebericht
32	23.12.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
33	23.12.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient soll noch einige Tage zur Beobachtung in der Klinik verbleiben; Patient klagt über nicht näher definierbare Schmerzen und ein Engegefühl im Brustkorb	Gesamte Patientenakte
34	23.12.	10:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
35	23.12.	12:00	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
36	23.12.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
37	23.12.	17:30	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
38	23.12.	18:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
39	24.12.	06:30	10	NSK4	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
40	24.12.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
41	24.12.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: keine Veränderung des Zustands; Patient muss weiterhin in der Klinik verbleiben; Blutwerte nicht eindeutig	Gesamte Patientenakte
42	24.12.	10:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
43	24.12.	12:00	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
44	24.12.	13:15	5	NSK4	Arzt	U	Arzt schaut nach Patient, da diese über stärkere Schmerzen klagt; keine klare Diagnose möglich; nochmalige Blutwerteuntersuchung	
45	24.12.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
46	24.12.	17:00	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
47	24.12.	17:20	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
48	24.12.	18:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
49	25.12.	06:30	10	NSK4	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
50	25.12.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
51	25.12.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann morgen entlassen werden	Gesamte Patientenakte
52	25.12.	10:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
53	25.12.	12:00	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
54	25.12.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
55	25.12.	17:30	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
56	25.12.	18:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
57	26.12.	06:30	10	NSK4	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
58	26.12.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
59	26.12.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann heute entlassen werden	Gesamte Patientenakte
60	26.12.	11:30	10	NSK4	Arzt	V	Übergabe des Arztbriefes und Entlassung des Patienten ²⁶	Arztbrief

3.1.2 Prozessinstanz P 02

(Patient: weiblich, 56 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	10.01.	12:47	10	Notaufn.	Pflege	V	Aufnahme als „ambulante Kurzaufnahme“ nach Notfalleinlieferung; Verdacht auf Herzinfarkt; Patientendaten werden im SAP-System eingegeben	1) SAP-System 2) Etikettenaufkleber

²⁶ Für den Ablauf der Patientenabrechnung vgl. Interview mit dem Controlling im Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
2	10.01.	12:57	10	Notaufn.	Arzt	U	Arzt und Notarzt schauen sich EKG aus dem Rettungswagen an, Blut wird abgenommen und zur Schnelluntersuchung zum Labor geschickt, Arzt geht ins HK-Labor und spricht den Fall ab. Entscheidung: schnellstmöglich zu Untersuchung	1) Verdachtsdiagnosebogen 2) Ärztlicher Anordnungsbogen 3) Ärztlicher Anamnesebogen
3	10.01.	14:00	5	Notaufn. --> HK-Labor	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
4	10.01.	14:05	7	HK-Labor	Pflege Arzt	V P	Patient wird aufgeklärt, wird aufgelegt, rasiert, Braunüle gelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
5	10.01.	14:12	52	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F10Z; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
6	10.01.	15:34	5	HK-Labor --> Intensivst.	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
7	10.01.	15:39	12	Intensivst.	Pflege	V	Übernahme des Patienten aus dem SAP-System der Notaufnahme in die Intensivstation; Zimmerzuweisung, Anschluss an Monitorbett; Pflegerische Anamnese	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 6) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 7) Stationsblatt 8) Pflegebericht 9) Pflegemassnahmenplan 10) Pflegeanamnese
8	10.01.	16:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
9	10.01.	17:00	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
10	10.01.	19:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
11	11.01.	07:05	20	Intensivst.	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
12	11.01.	10:45	15	Intensivst.	Arzt	B	Visite. Entscheidung: Patient wird heute in NSK4 Normalstation verlegt	Pflegebericht
13	11.01.	12:30	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
14	11.01.	13:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
15	11.01.	16:05	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
16	11.01.	17:30	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
17	11.01.	19:34	10	Intensivst. --> NSK4	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	Verlegungsbericht
18	11.01.	19:44	5	NSK4	Pflege	P	Aufnahme auf Station NSK4 und Zimmerzuweisung	
19	11.01.	19:49	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
20	12.01.	06:20	8	NSK4	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
21	12.01.	06:28	10	NSK4	Pflege	U	"kleine" Pflegerische Anamnese (Ergänzung und Kontrolle der Angaben aus den vorherigen Stationen); Waschen des Patienten	Pflegebericht
22	12.01.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
23	12.01.	10:02	8	NSK4	Arzt	U	"kleine" ärztliche Aufnahme; d.h. nur ein kurzer Status des Patienten; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte (Basisdiagnostik); Patient soll noch einige Tage zur Beobachtung in der Klinik verbleiben; Zustand stabil	Ärztlicher Anordnungsbogen
24	12.01.	10:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
25	12.01.	12:30	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
26	12.01.	14:05	10	NSK4	Pflege Arzt	B P	Abnahme des Druckverbands; Puls / Blutdruck messen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
27	12.01.	17:20	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
28	12.01.	18:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
29	13.01.	06:30	10	NSK4	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
30	13.01.	07:00	7	NSK4	Pflege	P	Waschen des Patienten	
31	13.01.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
32	13.01.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Zustand stabil, Patient kann am nächsten Tag entlassen werden	Gesamte Patientenakte
33	13.01.	10:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
34	13.01.	12:00	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
35	13.01.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
36	13.01.	17:30	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
37	13.01.	18:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
38	14.01.	06:00	10	NSK4	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
39	14.01.	06:25	10	NSK4	Pflege	P	Waschen des Patienten	
40	14.01.	07:00	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
41	14.01.	11:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Zustand stabil, Patient kann gegen Abend entlassen werden	Gesamte Patientenakte
42	14.01.	11:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
43	14.01.	12:10	25	NSK4	Pflege	P	Mittagessen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
					Patient			
44	14.01.	13:50	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
45	14.01.	16:45	10	NSK4	Arzt	V	Übergabe des Arztbriefes und Entlassung des Patienten	Arztbrief

3.1.3 Prozessinstanz P 03

(Patient: männlich, 49 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	14.01	09:06	5	Notaufn.	Pflege	V	Aufnahme als ambulante Kurzaufnahme nach Notfalleinlieferung; Verdacht auf Herzinfarkt; Patientendaten werden im SAP-System eingegeben	1) SAP-System 2) Etikettenaufkleber
2	14.01.	09:11	8	Notaufn.	Arzt	U	Blut wurde vom Notarzt schon im Krankenwagen abgenommen; Blut wird zur Schnelluntersuchung ins Labor geschickt; Entscheidung: der Patient soll möglichst sofort eine HK-Untersuchung bekommt	1-) Verdachtsdiagnosebogen 2)- Ärztlicher Anordnungsbogen 3)- Ärztlicher Anamnesebogen 4) LAURIS-System
3	14.01.	09:25	9	Notaufn.	Pflege Arzt	V U	Herzkatheteruntersuchung wird von Stationsarzt zusammen mit Kardiologen terminiert; Beschluss, das nächster freier Platz genutzt werden soll	
4	14.01.	09:34	5	Notaufn. --> HK-Labor	Pflege	V T	Liegender Transport des Patienten	
5	14.01.	09:39	3	HK-Labor	Pflege	V P	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CAR-DAS-System eingegeben	
6	14.01.	09:41	68	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F10Z; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
7	14.01.	11:30	5	HK-Labor --> Intensivst.	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
8	14.01.	11:35	5	Intensivst.	Pflege	V	Aufnahme auf Intensivstation und Zimmerzuweisung	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
9	14.01.	11:45	10	Intensivst.	Pflege	V	Übernahme des Patienten aus dem SAP-System der Notaufnahme in die Intensivstation; Anschluss an Monitorbett	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 6) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 7) Stationsblatt 8) SAP-System
10	14.01.	12:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
11	14.01.	12:30	5	Intensivst.	Arzt	U	Blutabnahme	
12	14.01.	14:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
13	14.01.	15:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
14	14.01.	17:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
15	14.01.	18:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
16	14.01.	21:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	15.01.	06:30	7	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
18	15.01.	07:05	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
19	15.01.	07:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	
20	15.01.	10:15	20	Intensivst.	Arzt	U	Visite. Entscheidung: Patient muss noch einen Tag auf Intensivstation verbleiben; Anordnung weiterer Medikation	Gesamte Patientenakte
21	15.01.	11:15	10	Intensivst.	Pflege	U	Blut abnehmen, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
22	15.01.	12:15	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
23	15.01.	13:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
24	15.01.	16:15	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
25	15.01.	17:30	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
26	15.01.	19:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
27	15.01.	21:45	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	16.01.	06:30	7	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
29	16.01.	07:05	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
30	16.01.	07:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	
31	16.01.	10:15	20	Intensivst.	Arzt	U	Visite. Entscheidung: Patient kann morgen auf Normalstation verlegt werden; Anordnung weiterer Medikation	Gesamte Patientenakte
32	16.01.	11:15	10	Intensivst.	Arzt Pflege	U	Blut abnehmen, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
33	16.01.	12:15	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
34	16.01.	13:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
35	16.01.	16:15	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
36	16.01.	17:30	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
37	16.01.	19:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
38	16.01.	21:45	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
39	17.01.	06:30	10	Intensivst.	Arzt Pflege	P	Wecken; Puls und Blutdruck; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte und Blutgase (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
40	17.01.	07:10	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
41	17.01.	07:20	2	Intensivst.	Pflege	V	Transportdienst zum Verlegen der Patient wird angefordert	
42	17.01.	07:22	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	
43	17.01.	09:10	10	Intensivst. --> NSK5	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	Verlegungsbericht
44	17.01.	09:35	5	NSK5	Pflege	P	Aufnahme auf Station NSK5 und Zimmerzuweisung und Anschluss an Monitorbett zur ständigen EKG-Kontrolle	SAP-System
45	17.01.	11:00	10	NSK5	Arzt	U	Visite. Dabei "kleine" ärztliche Aufnahme; d.h. nur ein kurzer Status des Patienten; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte (Basisdiagnostik); Entscheidung: Patient soll zur Beobachtung noch drei Tage auf der Station NSK5 verbleiben	Gesamte Patientenakte
46	17.01.	11:15	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
47	17.01.	12:45	20	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
48	17.01.	13:30	20	NSK5	Pflege	U	"kleine" pflegerische Anamnese (Ergänzung und Kontrolle der Angaben aus den vorherigen Stationen)	Pflegebericht
49	17.01.	15:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
50	17.01.	17:20	10	NSK5	Arzt	B	Druckverband abnehmen	Pflegebericht
51	17.01.	17:40	20	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen	
52	17.01.	20:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
53	18.01.	06:30	10	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte und Blutgase (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
54	18.01.	07:15	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
55	18.01.	09:15	20	NSK5	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann in 2 Tagen entlassen werden	Gesamte Patientenakte
56	18.01.	11:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
57	18.01.	12:15	25	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
58	18.01.	14:15	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
59	18.01.	17:30	20	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen Patient	
60	18.01.	19:30	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
61	19.01.	06:30	10	NSK5	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls und Blutdruck; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte und Blutgase (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
62	19.01.	07:30	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
63	19.01.	09:30	20	NSK5	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann morgen entlassen werden	Gesamte Patientenakte
64	19.01.	11:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
65	19.01.	12:30	25	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
66	19.01.	14:15	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
67	19.01.	17:45	20	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen	
68	19.01.	20:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
69	20.01.	06:30	5	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck	Pflegebericht
70	20.01.	07:15	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
71	20.01.	09:45	20	NSK5	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann entlassen werden	Gesamte Patientenakte
72	20.01.	13:30	10	NSK5	Arzt	V	Übergabe des Arztbriefes und Entlassung des Patienten	Arztbrief

3.1.4 Prozessinstanz P 04

(Patient: weiblich, 74 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	14.01.	09:35	25	Notaufn.	Pflege	V	Aufnahme als ambulante Kurzaufnahme nach Notfalleinlieferung; Verdacht auf Herzinfarkt; Patientendaten werden im SAP-System eingegeben	1) SAP-System 2) Etikettenaufkleber
2	14.01.	10:00	12	Notaufn.	Arzt	U	Entscheidung: Anordnung weiterer Untersuchungen (EKG, Blutwerte - alle 3 h, Medikation)	1) Verdachtsdiagnosebogen 2) Ärztlicher Anordnungsbogen 3) Ärztlicher Anamnesebogen
3	14.01.	10:12	2	Notaufn.	Pflege	B	Medikation	Ärztlicher Anordnungsbogen
4	14.01.	10:45	15	Notaufn.	Pflege Arzt	U	EKG-Messung, Puls messen; Blutabnahme (Blutwerte werden alle 6 h kontrolliert um Hinweise auf bestimmte Herzinfarktenzyme zu erhalten, die sich erst nach einer gewissen Zeit im Blut zeigen), Temperatur wird gemessen; Pflegerische Anamnese	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
5	14.01.	11:50	5	Notaufn.	Pflege	U	Blutdruck und Puls messen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
6	14.01.	13:40	5	Notaufn.	Arzt	V	Herzkatheteruntersuchung wird von Stationsarzt zusammen mit Kardiologen (wird geholt um Diagnose zu bestätigen) terminiert (geplante Untersuchung um ca. 17:00 Uhr)	
7	14.01.	14:30	10	Notaufn.	Pflege Arzt	U	Puls / Blutdruck messen, Blutabnahme; Leistenrasur und Braunüle legen	Pflegebericht
8	14.01.	15:30	5	Notaufn.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
9	14.01.	16:40	1	Notaufn.	Pflege	V	Telefonische Information von HK-Labor, dass Patient zur Untersuchung kommen kann	
10	14.01.	16:50	5	Notaufn. --> HK-Labor	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
11	14.01.	17:05	12	HK-Labor	Pflege	V P	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
12	14.01.	17:17	46	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F10Z; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
13	14.01.	18:15	10	HK-Labor --> Intensivst.	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	Verlegungsbericht
14	14.01.	18:25	5	NSK4	Pflege	V	Aufnahme auf Intensivstation und Zimmerzuweisung	
15	14.01.	18:30	10	Intensivst.	Pflege	V	Übernahme des Patienten aus dem SAP-System der Notaufnahme in die Intensivstation; Anschluss an Monitorbett	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 6) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 7) Stationsblatt 8) SAP-System
16	14.01.	18:45	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	14.01.	19:05	5	Intensivst.	Arzt	U	Blutabnahme	
18	14.01.	19:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
19	14.01.	22:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
20	15.01.	06:30	7	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
21	15.01.	07:00	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
22	15.01.	07:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
23	15.01.	10:00	20	Intensivst.	Arzt	U	Visite. kurze Untersuchung des Patienten; Entscheidung: Patient kann morgen auf Normalstation verlegt werden; Anordnung weiterer Medikation	Gesamte Patientenakte
24	15.01.	11:00	10	Intensivst.	Pflege Arzt	U	Blut abnehmen, Puls / Blutdruck messen; Braunüle wird abgenommen; Druckverband soll noch 1 Tag länger angelegt bleiben, Wunde noch nicht komplett verheilt	Pflegebericht
25	15.01.	12:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
26	15.01.	13:20	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
27	15.01.	16:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	15.01.	17:15	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
29	15.01.	18:45	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
30	15.01.	21:30	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
31	16.01.	06:30	7	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
32	16.01.	07:00	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
33	16.01.	07:10	2	Intensivst.		V	Transportdienst zum Verlegen des Patienten wird angefordert	
34	16.01.	07:15	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Frühstück	
35	16.01.	09:10	15	Intensivst. --> NSK4	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	Verlegungsbericht
36	16.01.	09:25	5	NSK4	Pflege	P	Aufnahme auf Station NSK4 und Zimmerzuweisung	SAP-System
37	16.01.	10:45	10	NSK4	Arzt	U	Visite; dabei "kleine" ärztliche Aufnahme; d.h. nur ein kurzer Status des Patienten; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte (Basisdiagnostik). Entscheidung: Patient soll vorerst noch zur Beobachtung in der Klinik verbleiben	Gesamte Patientenakte
38	16.01.	10:55	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
39	16.01.	12:45	20	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
40	16.01.	13:15	20	NSK4	Pflege	U	"kleine" pflegerische Anamnese (Ergänzung und Kontrolle der Angaben aus den vorherigen Stationen)	Pflegebericht
41	16.01.	14:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
42	16.01.	17:00	10	NSK4	Arzt	B	Druckverband abnehmen	Pflegebericht
43	16.01.	17:15	25	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
44	16.01.	19:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
45	17.01.	06:30	10	NSK4	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte und Blutgase (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
46	17.01.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
47	17.01.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient soll noch 2 Tage zur Beobachtung in der Klinik verbleiben; sonst den Umständen entsprechend guter	Gesamte Patientenakte

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
							Zustand	
48	17.01.	10:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
49	17.01.	12:15	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
50	17.01.	14:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
51	17.01.	17:30	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
52	17.01.	18:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
53	18.01.	06:30	10	NSK4	Pflege Arzt	P U	Wecken; Puls / Blutdruck; Blutabnahme zur Kontrolle der Basiswerte und Blutgase (Blutabnahme muss nüchtern erfolgen)	Pflegebericht
54	18.01.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
55	18.01.	09:15	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient soll am nächsten Tag entlassen werden	Gesamte Patientenakte
56	18.01.	10:45	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
57	18.01.	11:45	25	NSK4	Pflege Patient	P	Mittagessen	
58	18.01.	15:00	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
59	18.01.	17:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Abendessen	
60	18.01.	19:30	5	NSK4	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
61	19.01.	06:30	7	NSK4	Pflege	U	Wecken; Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
62	19.01.	07:15	20	NSK4	Pflege Patient	P	Frühstück	
63	19.01.	09:00	20	NSK4	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Patient kann entlassen werden	Gesamte Patientenakte
64	19.01.	11:30	10	NSK4	Arzt	V	Übergabe des Arztbriefes und Entlassung des Patienten	Arztbrief

3.1.5 Prozessinstanz P 05

(Patient: männlich, 59 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	17.01.	12:05	10	Notaufn.	Pflege	V	Aufnahme als ambulante Kurzaufnahme nach Notfalleinlieferung; Verdacht auf Herzinfarkt; Patientendaten werden im SAP-System eingegeben	1) SAP-System 2) Etikettenaufkleber
2	17.01.	12:15	7	Notaufn.	Arzt	U	Arzt und Notarzt schauen sich EKG aus Rettungswagen an, Blut wird zur Schnelluntersuchung ins Labor geschickt; Arzt geht in HK-Labor und spricht Fall mit HK-Labor ab. Entscheidung: schnellstmöglich zur KH-Untersuchung	1) Verdachtsdiagnosebogen 2) Ärztlicher Anordnungsbogen 3) Ärztlicher Anamnesebogen

3	17.01.	12:28	3	Notaufn. --> HK-Labor	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
4	17.01.	12:31	5	HK-Labor	Pflege; Arzt	V P	Patient wird aufgeklärt, wird aufgelegt, rasiert, Braunüle gelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
5	17.01.	12:36	38	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F10Z; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
6	17.01.	13:44	4	HK-Labor --> Intensivst.	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten	
7	17.01.	13:52	15	Intensivst.	Pflege	V	Übernahme des Patienten aus dem SAP-System der Notaufnahme in die Intensivstation; Zimmerzuweisung, Anschluss an Monitorbett; Pflegerische Anamnese	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 6) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 7) Stationsblatt 8) Pflegebericht 9) Pflegemaßnahmenplan 10) Pflegeanamnese 11) SAP-System
8	17.01.	14:45	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
9	17.01.	16:55	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
10	17.01.	19:05	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
11	18.01.	06:05	7	Intensivst.	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
12	18.01.	06:25	10	Intensivst.	Pflege	P	Waschen des Patienten	
13	18.01.	06:45	27	Intensivst.	Pflege Patient	P U	Frühstück, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
14	18.01.	10:25	15	Intensivst.	Arzt	U	Visite. Entscheidung: Zustand des Patienten ist stabil, er muss aber noch einige Tage zur Beobachtung im Krankenhaus bleiben; kann noch am selben Tag auf Normalstation verlegt werden	Gesamte Patientenakte
15	18.01.	12:35	25	Intensivst.	Pflege Patient	P	Mittagessen	
16	18.01.	14:00	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	18.01.	17:05	5	Intensivst.	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
18	18.01.	17:30	20	Intensivst.	Pflege Patient	P	Abendessen	
19	18.01.	19:34	10	Intensivst. --> NSK5	Pflege	T	Liegender Transport des Patienten (Transportdienst)	Verlegungsbericht

20	18.01.	19:44	5	NSK5	Pflege	V	Aufnahme auf Station NSK5 und Zimmerzuweisung	SAP-System
21	18.01.	19:49	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
22	19.01.	06:20	10	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls / Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
23	19.01.	06:23	10	NSK5	Pflege	U	"kleine" Pflegerische Anamnese (Ergänzung und Kontrolle der Angaben aus den vorherigen Stationen)	Pflegebericht
24	19.01.	06:40	8	NSK5	Pflege	P	Waschen des Patienten	
25	19.01.	07:15	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
26	19.01.	11:15	8	NSK5	Arzt	U	Visite, dabei "kleine" ärztliche Aufnahme; d.h. nur ein kurzer Status des Patienten; Entscheidung: Patient soll noch einige Tage zur Beobachtung in der Klinik verbleiben; Zustand stabil	Gesamte Patientenakte
27	19.01.	11:55	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	19.01.	12:15	25	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
29	19.01.	14:05	10	NSK5	Pflege Arzt	B P	Abnahme des Druckverbands; Puls / Blutdruck messen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
30	19.01.	17:10	25	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen	
31	19.01.	18:05	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
32	19.01.	23:05	3	NSK5	Pflege	U	Kontrolle der Punktionsstelle	Pflegebericht
33	20.01.	06:15	15	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Waschen des Patienten	Pflegebericht
34	20.01.	07:05	5	NSK5	Arzt	U	Blutabnahme	
35	20.01.	07:12	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
36	20.01.	09:33	10	NSK5	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Zustand stabil	Gesamte Patientenakte
37	20.01.	11:10	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
38	20.01.	12:15	25	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
39	20.01.	14:15	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
40	20.01.	17:30	20	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen	
41	20.01.	19:00	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
42	21.01.	06:00	8	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Blutabnahme	Pflegebericht
43	21.01.	06:15	10	NSK5	Pflege	P	Waschen des Patienten	
44	21.01.	07:05	20	NSK5	Pflege Patient	P	Frühstück	
45	21.01.	11:00	20	NSK5	Arzt Pflege	U	Visite. Entscheidung: Zustand stabil, Patient kann morgen entlassen werden	Gesamte Patientenakte
46	21.01.	12:20	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
47	21.01.	12:28	25	NSK5	Pflege Patient	P	Mittagessen	
48	21.01.	14:10	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
49	21.01.	17:15	20	NSK5	Pflege Patient	P	Abendessen	
50	21.01.	18:22	5	NSK5	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
51	22.01.	06:25	15	NSK5	Pflege	P U	Wecken; Puls und Blutdruck messen; Waschen des Patienten	
52	22.01.	07:05	20	NSK5	Pflege	P	Frühstück	

					Patient			
53	22.01.	11:15	10	NSK5	Arzt	V	Übergabe des Arztbriefes und Entlassung des Patienten	Arztbrief

3.2 DRG F43

3.2.1 Prozessinstanz P 06

(Patient: männlich, 67 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	8.12	07:54	1	301 (A)	Pflege	V	Patient trifft in 301 (A) ein	
2	8.12	08:30	10	301 (A)		V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patientinformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
3	8.12	08:40	5	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
4	8.12	08:45	1	V2	Pflege	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
5	8.12	08:52	7	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
6	8.12	08:59	2	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
7	8.12	09:15	8	NSK2	Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
8	8.12	09:25	6	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
9	8.12	09:33	7	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
10	8.12	09:40	20	V2	Pflege	V P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung	
11	8.12	10:00	27	V2	Pflege Patient	U P	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
12	8.12	10:30	15	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff, Braunüle legen	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
13	8.12	13:05	14	V2	Patient	U	Pflegerische Anamnese	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
14	8.12	13:19	4	V2	Pflege	P	Leistenrasur	Pflegebericht
15	8.12	17:45	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
16	8.12	18:15	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	9.12	06:20	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
18	9.12	06:43	2	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
19	9.12	06:45	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
20	9.12	06:50	10	HK-Labor	Pflege	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
21	9.12	07:04	86	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F43; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
22	9.12	09:50	10	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
23	9.12	10:00	20	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Patient bekommt Frühstück nachgereicht	Pflegebericht
24	9.12	10:02	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
25	9.12	12:05	25	V2	Pflege	P	Mittagessen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
26	9.12	16:15	10	V2	Patient Arzt	B	Druckverband abnehmen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
27	9.12	17:30	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.2.2 Prozessinstanz P 07

(Patient: männlich, 72 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	14.12.	10:25	3	V2	Pflege Patient	V	Patient trifft auf Station V2 ein; Patient wird zu 301 (A) geschickt	
2	14.12.	10:28	2	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient läuft von V2 zu 301 (A)	
3	14.12.	11:02	7	301 (A)	Arzt	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
4	14.12.	11:09	2	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
5	14.12.	11:11	4	V2	Pflege	P	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
6	14.12.	11:15	6	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
7	14.12.	11:24	2	NSK2 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
8	14.12.	11:40	7	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
9	14.12.	11:57	5	NSK2	Pflege Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
10	14.12.	12:02	6	NSK2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
11	14.12.	12:08	1	V2	Pflege	P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung	
12	14.12.	12:09	27	V2	Pflege Patient	P U	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
13	14.12.	14:15	11	V2	Pflege Arzt	U B	Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
14	14.12.	14:28	4	V2	Pflege	P	Leistenrasur	Pflegebericht
15	14.12.	14:35	12	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
16	14.12.	16:55	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
17	14.12.	17:25	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
18	15.12.	06:15	5	V2	Pflege	P U	Wecken und Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
19	15.12.	07:10	1	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
20	15.12.	07:15	6	V2	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
21	15.12.	07:21	11	HK-Labor	Pflege	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
22	15.12.	07:32	35	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
23	15.12.	08:37	8	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
24	15.12.	08:45	21	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Patient bekommt Frühstück nachgereicht	Pflegebericht
25	15.12.	09:00	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
26	15.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
27	15.12.	16:00	10	V2	Arzt	B	Druckverband abnehmen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
28	15.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
29	15.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
30	16.12.	06:15	5	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
31	16.12.	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
32	16.12.	09:30	10	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.2.3 Prozessinstanz P 08

(Patient: weiblich, 60 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	15.12.	07:25	5	V2	Pflege	P	Patient meldet sich auf Station V2, Zimmerzuweisung; Patient wird zur Anmeldung in 301 (A) geschickt	
2	15.12.	07:30	5	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient geht zu 301 (A)	
3	04.01.	07:35	1	301 (A)	Patient	T V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	
4	15.12.	08:00	10	301 (A)	Verwaltung	V	Anmeldung zur stationären Behandlung in der Uniklinik	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
5	15.12.	08:10	3	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zurück zur Station V2	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
6	15.12.	08:13	2	V2	Pflege	P	Patient meldet sich zurück; wird zur Blutentnahme und zum EKG in NSK2 (A) geschickt	Laufzettel
7	15.12.	08:15	6	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
8	15.12.	08:21	1	NSK2 (A)	Patient Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
9	15.12.	08:58	8	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
10	15.12.	09:08	2	NSK2	Arzt Pflege	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
11	15.12.	09:10	5	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
12	15.12.	09:15	2	V2	Pflege	P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung	
13	15.12.	09:20	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
14	15.12.	10:45	10	V2	Pflege Arzt	P B	Leistenrasur; pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
15	15.12.	11:30	10	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
16	15.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
17	15.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
18	15.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
19	16.12.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
20	16.12.	06:45	1	V2	Pflege	P	Patient wird in HK-Labor geschickt	
21	16.12.	06:46	10	V2 -->	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
				HK-Labor				
22	16.12.	06:56	14	HK-Labor	Pflege Arzt	P V	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
23	16.12.	07:10	57	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F43; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
24	16.12.	08:20	5	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
25	16.12.	08:25	1	V2	Pflege	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	Pflegebericht
26	16.12.	08:45	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
27	16.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
28	16.12.	16:00	10	V2	Arzt	B	Patient bekommt Druckverband abgenommen und wird mobilisiert	Pflegebericht
29	16.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
30	16.12.	18:45	10	V2	Pflege Arzt	U	Puls / Blutdruck messen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
31	17.12.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	
32	17.12.	06:40	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
33	17.12.	10:30	13	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.2.4 Prozessinstanz P 09

(Patient: männlich, 67 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	04.01.	07:29	1	301 (A)	Patient	T V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
2	04.01.	07:35	8	301 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
3	04.01.	07:43	2	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
4	04.01.	07:45	2	V2	Patient	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
5	04.01.	07:47	8	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
6	04.01.	08:00	2	NSK2 (A)	Verwaltung.	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
7	04.01.	08:22	8	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
8	04.01.	08:32	5	NSK2	Arzt Pflege	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
9	04.01.	08:37	13	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
10	04.01.	08:50	25	V2	Pflege Patient	V	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung; Frühstück	
11	04.01.	12:15	35	V2	Pflege Patient	P	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	
12	04.01.	12:50	12	V2	Arzt Pflege	P	Pflegerische Anamnese; Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
13	04.01.	14:45	15	V2	Arzt	V U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
14	04.01.	16:25	8	V2	Pflege	P	Leistenrasur	Pflegebericht
15	04.01.	17:30	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
16	04.01.	18:25	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
17	05.01.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken und Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
18	05.01.	07:45	2	V2	Pflege	P	Patient wird in HK-Labor geschickt	
19	05.01.	07:47	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
20	05.01.	07:53	8	HK-Labor	Pflege Arzt	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
21	05.01.	08:01	12	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F43; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
22	05.01.	10:35	5	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
23	05.01.	10:40	23	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Frühstück	Pflegebericht
24	05.01.	11:45	35	V2	Arzt Patient Pflege	P U	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
25	05.01.	14:15	10	V2	Pflege Arzt	B	Patient bekommt auf eigenen Wunsch den Druckverband deutlich früher als geplant abgenommen; dies wird in der Akte vermerkt	Pflegebericht
26	05.01.	16:30	10	V2	Arzt	P	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.2.5 Prozessinstanz P 10

(Patient: weiblich, 77 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	20.1	07:30	2	V2	Patient Pflege	V	Patient trifft auf V2 ein; Patient wird zu 301 (A) geschickt	
2	20.1	07:32	2	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient läuft von V2 zu 301 (A); zieht Wartenummer	
3	20.1	08:36	10	301 (A)	Verwal- tung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
4	20.1	08:46	6	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
5	20.1	08:52	1	V2	Pflege	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
6	20.1	08:53	7	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
7	20.1	09:00	2	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
8	20.1	09:46	10	NSK2	Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
9	20.1	10:10	15	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
10	20.1	10:25	7	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
11	20.1	10:32	15	V2	Pflege	P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
12	20.1	10:47	30	V2	Pflege Patient	U P	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
13	20.1	14:10	15	V2	Arzt	U B	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff, Braunüle legen	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
14	20.1	16:17	10	V2	Verwaltung	U	Pflegerische Anamnese	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
15	20.1	16:27	4	V2	Pflege	P	Leistenrasur	Pflegebericht
16	20.1	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
17	20.1	18:15	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
18	21.1	06:30	6	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
19	21.1	10:20	2	V2	Verwaltung	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
20	21.1	10:22	10	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
21	21.1	11:00	9	HK-Labor	Pflege	V P	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
22	21.1	11:09	38	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F43; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
23	21.1	13:41	12	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
24	21.1	13:53	2	V2	Pflege	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	Pflegebericht
25	21.1	13:55	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
26	21.1	14:15	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
27	21.1	16:14	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	21.1	18:00	10	V2	Arzt	B U	Druckverband abnehmen, Entfernen der Braunüle, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
29	22.1	06:30	6	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
30	22.1	10:45	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.3 DRG F44

3.3.1 Prozessinstanz P 11

(Patient: männlich, 41 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	6.12	8:28	1	V2	Pflege	V	Patient trifft auf Station V2 ein; Patient wird zu 301 (A) geschickt	
2	6.12	8:34	1	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient geht zur Aufnahme in 301 (A)	
3	6.12	8:35	1	301 (A)	Patient	V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	
4	6.12	9:04	6	301 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privat-patienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
5	6.12	9:10	2	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
6	6.12	9:12	3	V2	Pflege Patient	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
7	6.12.	9:13	5	V2 -->	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	

²⁷ Für Details zur Patientenorganisation der Fachabteilung vgl. Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

²⁸ Für Details zur zentralen Patientenaufnahme vgl. Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
				NSK2 (A)				
8	6.12	9:22	1	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
9	6.12	9:31	9	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
10	6.12	9:43	7	NSK2	Pflege	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
11	6.12.	9:50	10	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
12	6.12	10:00	2	V2	Pflege	V	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung;	
13	6.12	10:04	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
14	6.12	10:52	2	V2	Pflege	B	Patient bekommt Leistenrasur	
15	6.12	10:57	6	V2	Pflege Arzt	U	Pflegerische Anamnese; Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
16	6.12	11:50	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
17	6.12.	12:10	35	V2	Arzt	U V	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplante Untersuchung	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
18	6.12	12:48	4	V2	Pflege	V	Telefonische Abklärung mit NSK2, wann zusätzliches Belastungs-EKG erfolgen kann (nach persönlichem Gefühl des Arztes); Termin für nächsten Tag 8 Uhr ausgemacht; Patient darüber informiert;	Pflegebericht
19	6.12	17:00	25	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	

²⁹ Für Details zur Anmeldung der Patienten auf NSK2 vgl. Abschnitt „Zusammenfassung der Interviews“.

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
20	6.12	18:30	2	V2	Pflege	P	Blutdruck messen	Pflegebericht
21	7.12	6:30	7	V2	Pflege	P	Wecken und Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
22	7.12	7:35	1	V2	Pflege	V	Aushändigen der "Anforderung einer EKG-Untersuchung" und senden des Patienten in NSK2	
23	7.12.	7:36	9	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
24	7.12	7:45	1	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich für geplantes Belastungs-EKG an	
25	7.12	8:52	16	NSK2	Pflege	U	Durchführung Belastungs-EKG	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
26	7.12.	9:08	9	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zurück zur Station V2	
27	7.12	9:17	1	V2	Pflege	V	Rückmeldung des Patienten und Terminierung für Katheterlabor	
28	7.12	11:08	1	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
29	7.12	11:08	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
30	7.12	12:37	15	HK-Labor	Pflege	P V	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
31	7.12	12:52	35	HK-Labor	Patient	B U	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
32	7.12.	14:24	7	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Sc hiebedienst))	
33	7.12	14:31	1	V2	Pflege	V	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	
34	7.12.	14:35	20	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
35	7.12.	15:25	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
36	7.12.	17:15	25	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
37	7.12	18:20	3	V2	Arzt	B	Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
38	7.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
39	8.12.	6:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
40	8.12.	7:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
41	8.12	8:30	2	V2	Pflege	B	Druckverband wird abgenommen	Pflegebericht
42	8.12	8:55	5	V2	Arzt	V	Übergabe des Entlassungsbriefs und Entlassung des Patienten	Arztbrief

3.3.2 Prozessinstanz P 12

(Patient: männlich, 70 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	13.12	08:51	2	V2	Pflege	V	Patient trifft auf Station V2 ein; Patient wird zu 301 (A) geschickt	
2	13.12	08:53	2	V2 --> 301(A)	Patient	T	Patient läuft von V2 zu 301 (A), zieht Wartenummer	
3	13.12	09:30	10	301 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
4	13.12	09:40	5	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
5	13.12	09:45	1	V2	Pflege	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
6	13.12	09:52	7	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
7	13.12	09:59	2	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
8	13.12	11:15	8	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
9	13.12	11:25	6	NSK2	Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
10	13.12	11:33	7	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
11	13.12	11:40	20	V2	Pflege Patient	P V	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung; Frühstück wird nachgereicht; Information, dass HK-Untersuchung vorgezogen wurde (geplant 14.12. - jetzt 13.12.)	
12	13.12	12:00	27	V2	Pflege Patient	P U	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
13	13.12	12:30	15	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
14	13.12	13:05	14	V2	Pflege Arzt	U P	Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
15	13.12	13:19	4	V2	Pflege	P	Leistenrasur	Pflegebericht
16	13.12	17:30	2	V2	Arzt	V	Patient wird informiert, dass er erst morgen dran kommt	
17	13.12	17:32	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
18	13.12	18:15	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
19	14.12	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
20	14.12	06:43	2	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
21	14.12	06:45	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
22	14.12	06:50	10	HK-Labor	Pflege	V P U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
23	14.12	07:04	57	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
24	14.12	08:30	10	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
25	14.12	08:40	20	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Patient bekommt Frühstück nachgereicht	Pflegebericht
26	14.12	09:00	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
27	14.12	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
28	14.12	15:00	10	V2	Arzt	B	Druckverband abnehmen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
29	14.12	15:30	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.3.3 Prozessinstanz P 13

(Patient: männlich, 73 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1				NSK2 V2 301 (A)	Patient Verwaltung Arzt Pflege	V U	Vorstationäre Aufnahme (Blut, EKG, Aufklärung, Ärztliche Anamnese (Aufnahmediagnose) etc.)	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
2	13.12	07:30	1	V2	Patient	V	Anmeldung (Rückmeldung) auf Station V2 und Zimmerzuweisung	
3	13.12	07:35	5	V2	Pflege Arzt	P U	Leistenrasur und Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
4	13.12	07:49	6	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
5				V2 --> HK-Labor		T	Patient geht zum HK-Labor	
6	13.12	08:04	40	HK-Labor	Patient	P V	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
7	13.12	08:45	57	HK-Labor	Pflege Arzt	B U	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebendienst; Besonderheit: Patient soll Operiert werden, soll in Herzkonferenz vorgestellt werden, deshalb weitere Untersuchungen am 14.12. (geplant: Ultraschall der Halsvenen, TTE, Spirometrie)	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
8	13.12	10:25	5	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
9	13.12	10:30	5	V2	Pflege	V	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	Pflegebericht
10	13.12	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
11	13.12	15:13	3	V2	Pflege Arzt	B	Entfernen der Braunüle	
12	13.12	16:45	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
13	13.12	18:00	10	V2	Arzt	B	Patient bekommt Druckverband abgenommen und wird mobilisiert	Pflegebericht
14	13.12	18:30	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
15	14.12	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
16	14.12	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
17	14.12	09:00	180	V2	Arzt Pflege	U	Untersuchungen für Herzoperation (Ultraschall der Halsvenen, TTE, Spirometrie)	SAP-System
18	14.12	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
19	14.12	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
20	15.12	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
21	15.12	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
22	15.12	10:00	5	V2	Arzt	V	Entlassung und Übergabe Arztbrief	Arztbrief

3.3.4 Prozessinstanz P 14

(Patient: männlich, 63 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1				NSK2 V2 301 (A)	Patient Verwaltung Arzt Pflege	V U	Vorstationäre Aufnahme (Blut, EKG, Aufklärung, Ärztliche Anamnese (Aufnahmediagnose), etc.)	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System 10) LAURIS-System
2	14.12.	07:25	5	V2	Patient Pflege	V P	Anmeldung (Rückmeldung) auf Station V2 und Zimmerzuweisung	
3	14.12.	07:30	15	V2	Pflege Arzt	U B	Leistenrasur und Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
4	14.12.	07:45	1	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
5	14.12.	07:50	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
6	14.12.	07:55	10	HK-Labor	Patient Pflege	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
7	14.12.	08:16	48	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System
8	14.12.	10:29	6	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	
9	14.12.	10:35	21	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Patient bekommt Frühstück nachgereicht	
10	14.12.	12:15	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
11	14.12.	15:30	10	V2	Arzt	B	Druckverband abnehmen, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
12	14.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
13	14.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
14	15.12	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
15	15.12	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
16	15.12	09:45	15	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.3.5 Prozessinstanz P 15

(Patient: männlich, 51 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	18.1	08:30	2	V2	Pflege	V	Patient trifft auf Station V2 ein; Patient wird zu 301 (A) geschickt	
2	18.1	08:32	3	V2 --> 301(A)	Patient	T	Patient läuft von V2 zu 301 (A)	
3	18.1	08:50	8	301 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
4	18.1	08:58	3	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
5	18.1	09:10	3	V2	Pflege	V	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
6	18.1	09:10	10	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
7	18.1	09:20	15	NSK2 (A)	Pflege	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
8	18.1	09:45	7	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
9	18.1	09:54	6	NSK2	Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
10	18.1	10:00	8	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
11	18.1	10:10	10	V2	Pflege	P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung	
12	18.1	10:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
13	18.1	12:15	27	V2	Pflege Patient	P U	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
14	18.1	13:15	15	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
15	18.1	14:35	19	V2	Pflege Arzt	U	Pflegerische Anamnese, Braunüle legen, Leistenrasur	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
16	18.1	18:30	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
17	18.1	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
18	19.1	06:30	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
19	19.1	07:08	2	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
20	19.1	07:10	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
21	19.1	07:15	8	HK-Labor	Pflege	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
22	19.1	07:23	52	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F44; Anlegen Druckverband; Anforderung Schiebedienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten) 6) CARDAS-System

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
23	19.1	09:31	5	HK-Labor -> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Schiebedienst)	
24	19.1	09:36	30	V2	Pflege Arzt Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Patient bekommt Frühstück nachgereicht, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
25	19.1	10:00	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
26	19.1	12:05	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
27	19.1	15:15	10	V2	Arzt	B	Druckverband wird abgenommen	Pflegebericht
28	19.1	16:37	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.4 DRG F15

3.4.1 Prozessinstanz P 16

(Patient: männlich, 65 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1				NSK2, V2, 301 (A)	Patient Verwaltung Arzt Pflege	V U	Vorstationäre Aufnahme (Blut, EKG, Aufklärung, Ärztliche Anamnese (Aufnahmediagnose), etc.)	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System 10) LAURIS-System
2	13.12.	07:40	5	V2	Patient	V P	Anmeldung (Rückmeldung) auf Station V2 und Zimmerzuweisung	
3	13.12.	07:50	4	V2	Pflege Arzt	P U	Leistenrasur und Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
4	13.12.	09:00	15	V2	Arzt	V	Stationsarzt teilt Patient mit, dass er nüchtern bleiben muss, da HK vom 14.12. auf 13.12. vorgezogen wurde	
5	13.12.	14:10	1	V2	Patient	V	Patient wird zu MR-Angio geschickt	
6	13.12.	14:11	7	V2 --> Gebäude	Patient	T	Patient geht in Gebäude 505 zur MR-Angio Untersuchung	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
				505				
7	13.12.	14:30	40	Gebäude 505	Arzt	U	MR-Angio Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	SAP-System
8	13.12.	15:15	6	Gebäude 505 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
9	13.12.	16:01	4	V2	Patient	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
10	13.12.	16:05	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
11	13.12.	16:20	56	HK-Labor	Patient Arzt Pfleger	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben; Patient wartet auf Untersuchung	CARDAS-System
12	13.12.	17:18	67	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F15; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
13	13.12.	18:46	6	HK-Labor --> V2	Pfleger	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	
14	13.12.	19:05	25	V2	Pfleger Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Abendessen	Pflegerbericht
15	13.12.	19:45	5	V2	Pfleger	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegerbericht
16	14.12.	06:30	7	V2	Pfleger	P	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegerbericht
17	14.12.	07:25	20	V2	Pfleger Patient	P	Frühstück	
18	14.12.	09:10	5	V2	Arzt	B	Abnahme des Druckverbandes, Entfernen der Braunüle	Pflegerbericht
19	14.12.	10:05	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.4.2 Prozessinstanz P 17

(Patient: weiblich, 60 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	13.12			NSK2, V2, 301 (A)	Patient Arzt Pflege Verwaltung	V U	Vorstationäre Aufnahme (Blut, EKG, Aufklärung, Ärztliche Anamnese (Aufnahmediagnose), etc.)	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System 10) LAURIS-System
2	14.12.	07:40	5	V2	Patient Pflege	V P	Anmeldung (Rückmeldung) auf Station V2 und Zimmerzuweisung	
3	14.12.	09:34	8	V2	Pflege Arzt	P U	Leistenrasur und Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
4	14.12.	09:48	1	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
5	14.12.	09:52	8	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
6	14.12.	10:00	10	HK-Labor	Patient Arzt	V U	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
7	14.12.	10:44	92	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F15; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
8	14.12.	12:10	5	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	
9	14.12.	13:25	30	V2	Pflege Patient	P U	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten; Mittagessen	Pflegebericht
10	14.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
11	14.12.	18:30	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
12	15.12	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
13	15.12	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
14	15.12	09:30	10	V2	Arzt	B	Abnahme des Druckverbandes, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
15	15.12	10:30	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief über- reicht und wird entlassen	Arztbrief

3.4.3 Prozessinstanz P 18

(Patient: männlich, 63 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	14.12.	08:40	2	V2	Patient	V	Patient meldet sich auf Station V2 und bekommt ein Zimmer zugewiesen; senden zu Anmeldung in 301	
2	14.12.	08:42	3	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient geht zur Anmeldung in 301 (A)	
3	14.12.	08:45	4	301 (A)	Patient	T V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	
4	14.12.	09:30	10	301 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich zum stationären Aufenthalt in der Uniklinik an; Patienteninformationen & allgemeine Vertragsbestimmungen werden an den Patienten übergeben;	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
5	14.12.	09:40	3	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
6	14.12.	09:43	3	V2	Pflege Arzt	P	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
7	14.12.	09:46	8	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
8	14.12.	09:59	1	NSK2 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausge-	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
							sucht und dem Patienten übergeben	
9	14.12.	10:10	10	NSK2	Pflege	U V	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
10	14.12.	10:35	12	NSK2	Pflege Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
11	14.12.	10:47	8	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
12	14.12.	10:55	20	V2	Pflege Patient	P	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Frühstück	
13	14.12.	11:45	30	V2	Pflege Patient	P U	Puls / Blutdruck messen; Mittagessen	Pflegebericht
14	14.12.	14:00	10	V2	Pflege	P U	Leistenrasur; Pflegerische Anamnese	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
15	14.12.	14:20	15	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
16	14.12.	15:25	4	V2	Arzt	B	Braunüle legen	Pflegebericht
17	14.12.	16:45	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
18	14.12.	18:45	5	V2	Pflege	P	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
19	15.12.	06:15	7	V2	Pflege	P	Wecken, Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
20	15.12.	07:58	2	V2	Pflege	P	Patient wird in HK-Labor geschickt	
21	15.12.	08:00	5	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
22	15.12.	08:10	6	HK-Labor	Pflege Arzt	P U V	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
23	15.12.	08:16	48	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F15; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
24	15.12.	10:00	4	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	
25	15.12.	10:05	1	V2	Pflege	P U	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	Pflegebericht
26	15.12.	10:30	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
27	15.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
28	15.12.	13:30	5	V2	Pflege	P	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
29	15.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
30	15.12.	18:00	10	V2	Arzt	B	Abnahme des Druckverbands, Entfernen der Braunüle	Pflegebericht
31	15.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	
32	16.12.	06:15	7	V2	Pflege	U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
33	16.12.	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
34	16.12.	10:10	10	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.4.4 Prozessinstanz P 19

(Patient: männlich, 72 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	15.12.	08:45	3	V2	Pflege	P	Patient meldet sich auf Station V2 und bekommt ein Zimmer zugewiesen; senden zu Anmeldung in 301	
2	15.12.	08:48	5	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient geht zur Anmeldung in 301 (A)	
3	15.12.	08:53	1	301 (A)	Patient	V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
4	15.12.	09:11	12	301 (A)	Verwaltung	V	Anmeldung zur stationären Behandlung in der Uniklinik (übliches Prozedere mit üblichen Dokumenten)	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
5	15.12.	09:23	3	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
6	15.12.	09:25	2	V2	Pflege	P	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
7	15.12.	09:27	7	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
8	15.12.	09:39	4	NSK2 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
9	15.12.	10:03	10	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck
10	15.12.	10:17	4	NSK2	Pflege Arzt	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
11	15.12.	10:22	8	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
12	15.12.	10:30	5	V2	Patient Pflege	V	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Zimmerzuweisung;	
13	15.12.	10:35	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
14	15.12.	11:30	10	V2	Pflege Arzt	P	Leistenrasur und Pflegerische Anamnese, Braunüle legen	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
15	15.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
16	15.12.	14:00	10	V2	Patient	U B	Ärztliche Anamnese und Aufklärung des Patienten über geplanten Eingriff	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
17	15.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
18	15.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Blutdruckmessen	Pflegebericht
19	16.12.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken und Puls / Blutdruck messen; Patient muss nüchtern bleiben (HK-Eingriff)	Pflegebericht
20	16.12.	07:18	2	V2	Pflege	P	Patient wird in HK-Labor geschickt	
21	16.12.	07:20	4	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
22	16.12.	07:26	10	HK-Labor	Patient Pflege Arzt	V P	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
23	16.12.	07:38	58	HK-Labor	Patient	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F15; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
24	16.12.	10:06	4	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	
25	16.12.	10:10	1	V2	Pflege	V P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	
26	16.12.	10:20	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
27	16.12.	11:00	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
28	16.12.	11:45	25	V2	Pflege Patient	P	Mittagessen	
29	16.12.	13:30	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
30	16.12.	17:15	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
31	16.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
32	17.12.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken und Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
33	17.12.	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
34	17.12.	08:22	3	V2	Arzt	B	Entfernen der Braunüle	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Dat.	Start	Dauer (min)	Abt.	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
35	17.12.	09:20	5	V2	Arzt	B	Patient bekommt Druckverband abgenommen	Pflegebericht
36	17.12.	09:50	10	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

3.4.5 Prozessinstanz P 20

(Patient: weiblich, 72 Jahre)

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
1	15.12.	07:40	3	V2	Pflege	P	Patient kommt auf Station V2 an; Zimmerzuweisung; Senden zu Anmeldung in 301 (A)	
2	15.12.	07:43	2	V2 --> 301 (A)	Patient	T	Patient geht zu 301 (A)	
3	15.12.	07:45	1	301 (A)	Patient	T V	Patient trifft in 301 (A) ein, zieht Wartenummer	
4	15.12.	07:55	10	301 (A)	Verwaltung	V	Patient wird aufgenommen	1) Einsteckhülle für Patientenakte 2) Aufnahmevertrag 3) Vereinbarung von Wahlleistungen (Privatpatienten) 4) Haftungsausschluss (Privatpatienten) 5) Etikettenaufkleber 6) Aufnahmeanzeige für Krankenkasse 7) Entlassungsanzeige für Krankenkasse 8) Stationsblatt 9) SAP-System
5	15.12.	08:05	3	301 (A) --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
6	15.12.	08:08	2	V2	Pflege	P	Patient meldet sich in Station V2, wird direkt zum Blutabnehmen und EKG zur NSK2 weitergeschickt; bekommt Laufzettel mit geplanten Untersuchungen in NSK2	Laufzettel
7	15.12.	08:10	10	V2 --> NSK2 (A)	Patient	T	Patient geht zur NSK2 (A)	
8	15.12.	08:22	1	NSK2 (A)	Verwaltung	V	Patient meldet sich in NSK2 (A) für Blutentnahme und EKG an (Übergabe Laufzettel); Patientenakte wird aus NSK2-Archiv herausgesucht und dem Patienten übergeben	
9	15.12.	08:35	8	NSK2	Pflege	U	EKG-Untersuchung; Patient bekommt Ergebnis in Akte mit zur Station; Ergebnis wird auch in SAP-System hinterlegt	1) SAP-System 2) EKG-Ausdruck

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
10	15.12.	08:48	8	NSK2	Arzt Pflege	U	Blutabnahme; Blut wird zur Untersuchung in Zentrallabor gebracht, Ergebnis einige Stunden später im LAURIS-System abrufbar	
11	15.12.	08:56	8	NSK2 --> V2	Patient	T	Patient geht zur Station V2 zurück	
12	15.12.	09:04	25	V2	Pflege Patient	V	Patient meldet sich zurück; Übergabe Patientenakte; Patient will zu Hause übernachten, dies wird vom Arzt abgesegnet, Patient soll am nächsten morgen um 07:00 Uhr erneut erscheinen; Frühstück wird nachgereicht	Pflegebericht
13	16.12.	07:15	2	V2	Pflege	V	Patient wird empfangen; soll auf HK-Untersuchung warten; Zimmer wird zugewiesen; Patient stellt Gepäck dort ab; richtet sich ein und wartet auf HK-Untersuchung	Pflegebericht
14	16.12.	07:30	10	V2	Arzt	U	Ärztliche Anamnese (Aufnahmediagnose); Braunüle wird gelegt	1) Ärztlicher Dokumentationsbogen 2) Dokumentierte Patientenaufklärung 3) Fragebogen zur Krankengeschichte 4) Verdachtsdiagnose 5) Anamnesebogen für Katheterpatienten 6) Untersuchungsbogen für Katheterpatienten 7) HK-Anmeldung 8) Ärztlicher Anordnungsbogen
15	16.12.	07:45	10	V2	Pflege	U P	Pflegerische Anamnese und Leistenrasur	1) Pflegebericht 2) Pflegemaßnahmenplan 3) Pflegeanamnese
16	16.12.	16:00	2	V2	Pflege	V	Patient wird in HK-Labor geschickt	
17	16.12.	16:02	8	V2 --> HK-Labor	Patient	T	Patient geht zum HK-Labor	
18	16.12.	16:15	10	HK-Labor	Pflege	V P	Patient wird aufgeklärt, zieht sich um, wird aufgelegt und vorbereitet; Patientendaten werden im CARDAS-System eingegeben	CARDAS-System
19	16.12.	16:30	48	HK-Labor	Arzt	U B	HK-Untersuchung; Ergebnis: F15; Anlegen Druckverband; Anforderung Transportdienst	1) HK-Bericht 2) handschriftliche Protokolle 3) EKG-Ausdrucke 4) Dokumentation über verbrauchtes Material 5) Abrechnungsbogen über Chefarztbehandlung (Privatpatienten)
20	16.12.	17:38	4	HK-Labor --> V2	Pflege	T	Patient wird liegend zur Station V2 zurücktransportiert (Transportdienst)	

Nr.	Zeit			Organisation		Tätigkeit		Daten
	Datum	Start	Dauer (min)	Abteilung	Pers.	Art	Vorgangsbeschreibung	Informationsträger
21	16.12.	17:42	1	V2	Pflege Patient	P	Empfang und Beginn der Überwachung des Patienten	
22	16.12.	17:45	20	V2	Pflege Patient	P	Abendessen	
23	16.12.	18:45	5	V2	Pflege	U	Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
24	17.12.	06:15	7	V2	Pflege	P U	Wecken, Puls / Blutdruck messen	Pflegebericht
25	17.12.	07:15	20	V2	Pflege Patient	P	Frühstück	
26	17.12.	08:30	3	V2	Arzt	B	Entfernen der Braunüle	
27	17.12.	10:00	10	V2	Arzt	B	Druckverband abnehmen und Patient mobilisieren	Pflegebericht
28	17.12.	10:45	5	V2	Arzt	V	Patient bekommt Arztbrief überreicht und wird entlassen	Arztbrief

4 Zusammenfassung der Interviews

4.1 Patientenorganisation der Klinik

Ablauf der Wochenplanung geplanter Patienten

1. Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, andere Krankenhäuser sowie klinikinterne Bereiche rufen im Sekretariat an und bitten um einen Termin im HK-Labor. Dabei geben die Ärzte einen ungefähren oder genauen Wunschtermin für den Eingriff an. Die Entscheidung über den Termin hängt von der Art der Erkrankung, dem Zustand des Patienten und damit der Dringlichkeit des Eingriffs ab. Bei einigen Eingriffen wie z.B. bei der 3 Monatskontrolle kann der Termin etwas flexibler angesetzt werden. So ergibt sich ein Planungshorizont für geplante Fälle von ca. 6 Monaten.
2. Die Patienten, die stationär aufgenommen werden sollen, werden i.d.R. für den Tag vor ihrem Eingriff einbestellt. Nach Rücksprache mit den Ärzten kann jedoch auch eine vorstationäre Aufnahme (d.h. die Patienten werden einen Tag vor ihrem Eingriff untersucht, gehen dann aber wieder über Nacht nach Hause und kommen am nächsten Tag wieder) erfolgen, was einige Patienten bevorzugen. Es gibt jedoch keine feste Regel, nach der dies entschieden wird.
3. Kapazitätsbedingt können etwa 12 Patienten pro Tag im HK-Labor eingeplant werden. Soweit genügend geplante Fälle vorhanden sind, wird die volle Kapazität des HK-Labors ohne Rücksicht auf Notfälle für jeden Tag verplant. Wenn sich dann durch Notfälle oder andere akute Verlegungen auf die HK-Stationen mehr Patienten als Betten ergeben, müssen geplante Patienten ggf. kurzfristig vorstationär aufgenommen werden oder, in Absprache mit den Oberärzten, deren Termine ganz abgesagt werden.
4. Aus allen Informationen wird der vorläufige Wochenplan mit den geplanten Eingriffen zusammengestellt, der jedoch meist aufgrund von Notfällen nicht eingehalten werden kann. Der Plan wird ausgedruckt und an alle Stationen und an das HK-Labor gefaxt.

4.2 Zentrale Patientenaufnahme

Ablauf der Aufnahme von Patienten

Gesetzlich versicherte (GV) Patienten müssen zumindest einmal in einer Poliklinik bzw. beim Hausarzt gewesen sein und eine Überweisung für die Aufnahme mitbringen. Privatpatienten (PV) könnten auch ohne Überweisung aufgenommen werden. Für die Anmeldung benötigen GV Patienten ihre Versichertenkarte und, wenn vorhanden, den „Laufzettel“ aus der Poliklinik, auf dem der Arzt später die Diagnose und die eventuell geplante Dauer ausfüllt. Die Anmeldung wird im SAP-System durchgeführt:

1. GV : Versichertenkarte wird eingelesen / PV : Aufnahme über Stammdaten
2. a) Wenn der Patient bereits früher in der Uniklinik in Behandlung gewesen ist, werden die vorhandenen Daten lediglich auf Vollständigkeit und Aktualität überprüft
b) Wenn der Patient erstmalig zur Behandlung in der Uniklinik aufgenommen wird, werden seine Daten komplett neu angelegt
3. Speicherung der Patientendaten im SAP-System und Ausdruck verschiedener Formulare wie Aufnahmeanzeige, Stationsblatt, Entlassungsanzeige, Verlegungsanzeige und Laboretiketten.
4. Unterschreiben des Aufnahmevertrags durch den Patienten.

4.3 Anmeldung der Funktionsstation NSK2

Ablauf der Planung von Voruntersuchungen von Patienten

Im Normalfall werden die Patienten für Voruntersuchungen nicht gesondert terminiert. Sie geben an der Anmeldung ihre Anforderungsbögen mit den von der Station gewünschten Untersuchungen ab. Dann warten sie vor den jeweiligen Zimmern der Untersuchung bis ein Raum frei wird. Für die HK-Patienten sind vor allem zwei Untersuchungen relevant: Blutwertuntersuchung und EKG. Nach der Blutabnahme wird das Blut ca. 1x pro Stunde vom Blutholdienst abgeholt und in das Zentrallabor der Uniklinik gebracht. Dort erfolgt die Blutwertuntersuchung. Das Ergebnis ist je nach Befundaufkommen wenige Stunden später über das LAURIS-System von jeder Station der Uniklinik aus abrufbar. Die EKG-Befunde werden im SAP-System hinterlegt, einen Ausdruck bekommt der Patient mit. Nach der Untersuchung holt der Patient ebenfalls seine zwischenzeitlich aus dem lokalen Archiv geholte oder hier neu angelegte Patientenakte ab und geht anschließend mit allen Unterlagen zurück zu seiner Station.

4.4 Patientenorganisation des HK-Labors

Ablauf der Tagesplanung im HK-Labor

Etwa die Hälfte aller Patienten sind geplante Fälle. Die restlichen 50%, die sich direkt im HK-Labor anmelden, sind

- akute (meist tagesaktuelle) Anfragen aus anderen Häusern (Kreiskrankenhäuser, Privatambulanzen, Arztpraxen, etc.)
- Patienten aus Intensivstationen der Uniklinik
- Patienten aus der Notaufnahme
- Patienten aus Privatstationen der Uniklinik

Die Tagesplanung erfolgt auf Basis der Wochenplanung der geplanten Fälle. Um ca. 9 Uhr entsteht daraus der Tagesplan, der nur noch durch akute Notfälle verändert wird. Bei der Terminierung wird darauf geachtet, dass infektiöse Patienten am Schluss untersucht werden, da nach einem Patienten mit einer Infektion der Raum eine Stunde desinfiziert werden muss. Der genaue Plan wird über handschriftlich angelegte Kärtchen auf eine Magnettafel im Gang des HK-Labors angebracht und zusätzlich in Lotus-Organizer eingegeben, woraus der aktuelle HK-Plan im Intranet publiziert wird.

Grundsätzlicher Ablauf einer HK-Untersuchung

- 1) Das HK-Labor informiert per Telefon die Station, dass der Patient in absehbarer Zeit an der Reihe ist und aufbrechen soll.
- 2) Der Patient kommt im HK-Labor an und muss ggf. noch einige Zeit warten, bis der vorgesehene Untersuchungsraum frei wird.
- 3) Aus der mitgebrachten Patientenakte wird der Aufklärungsbogen entnommen und in die eigene Akte des HK-Labors gelegt. Diese Akte verbleibt anschließend zusammen mit dem HK-Bericht und weiteren handschriftlichen Protokollen und EKG-Ausdrucken in dem lokalen Archiv des HK-Labors. Wurde der Patient bereits früher im HK-Labor behandelt, werden diese Unterlagen herausgesucht und dem Operateur zur Verfügung gestellt.
- 4) Nachdem der Raum frei geworden ist, zieht sich der Patient um und wird über den Ablauf der Untersuchung aufgeklärt. Die ärztliche Aufklärung, mit Unterschrift des Patienten über die Risiken des Eingriffs, ist schon auf der Station erfolgt.
- 5) Der Patient wird „aufgelegt“ (Vorbereitung des Patienten für die Untersuchung und ggf. Rasur der Punktionsstelle wenn, dies auf Station vergessen wurde; Desinfektion der Punktionsstelle, etc.). Gleichzeitig werden die Patientendaten in das HK-Labor-eigene CARDAS-System eingegeben.
- 6) Die HK-Untersuchung wird durchgeführt. Dabei wird das verbrauchte Material und das Untersuchungsergebnis im CARDAS-System dokumentiert.
- 7) Nach dem Eingriff wird ein Druckverband angelegt. Die Art des Verbandes entscheidet sich sehr individuell: je nachdem wie viel Kontingent des neueren „Ankerverschluss“ noch vorhanden ist und je nach Zustand des Patienten (Alter, etc.). Der Normalfall ist der herkömmliche Druckverband.

- 8) Der untersuchende Arzt schreibt direkt im Anschluss an die Untersuchung (teilweise auch schon während der Untersuchung) den HK-Bericht. Eine Kopie des Berichts verbleibt im lokalen Archiv, eine zweite Kopie wird dem Patienten zur Abgabe auf seiner Station mitgegeben.
- 9) Der Transportdienst wird gerufen. Dies kann je nach Situation auch schon während der Untersuchung erfolgen. Die Entscheidung wird je nach „Schnelligkeit“ des Transportdienstes am jeweiligen Tag gefällt. Wenn der Transportdienst nach den ersten 2-3 Untersuchungen des Tages schnell dagewesen ist, wird er erst nach den Untersuchungen gerufen, wenn er sich verspätet hat, wird er bereits während den laufenden Untersuchungen gerufen, um die Wartezeiten der Patienten zu reduzieren.
- 10) Anschließend wird noch der Abrechnungszettel erstellt (Dokumentation über verbrauchtes Material, etc.). Bei Privatpatienten, bei denen der Chefarzt den Eingriff durchgeführt hat, wird ein weiterer Abrechnungszettel über die Chefarztbehandlung ausgefüllt. Der private Abrechnungszettel geht in Kopie direkt mit auf Station. Alle Abrechnungszettel werden in regelmäßigen Abständen von einem Mitarbeiter des Medizincontrollings abgeholt.

4.5 Oberarzt der Klinik

Ablauf der Katheteruntersuchung

Aus den gemeldeten Patienten wird täglich ein Plan erstellt, aus dem die Reihenfolge der Patienten hervorgeht. Da aber nur ca. 50% der Patienten geplante Fälle darstellen, hat der HK-Arzt nur einen geringen Teil der Patienten persönlich vorher untersucht. Eine Ausnahme bilden Privatpatienten, die im Vorwege vom Chefarzt untersucht wurden und im KH-Labor auch von ihm behandelt werden. Die Vorgeschichte des Patienten wird demnach erst in dem Moment dem HK-Arzt bekannt, wenn er sich die Akte kurz vor dem Eingriff anschaut. Der Patient bekommt vor dem Eingriff eine lokale Betäubung an der entsprechenden Einstichstelle an der Hüfte und bleibt während des gesamten Eingriffs bei Bewusstsein. Anschließend wird mit einer Nadel in die Arterie gestochen. Es wird ein Draht in die Ader eingeführt und die Nadel wird wieder herausgezogen. Dieser Draht, der jetzt in der Hauptschlagader liegt, dient als Führungsschiene, über den eine sog. Schleuse in die Ader eingebracht wird. Darüber können verschiedene Katheter in die Ader bis zum Herzen geschoben werden. Unter Röntgendurchleuchtung wird der entsprechende Katheter dann so gedreht und positioniert, dass er in das Herzkranzgefäß gelangt. Anschließend wird dem Patienten Kontrastmittel (Jod) gespritzt. Durch ein Röntgengerät kann nun die Durchblutung der Herzgefäße untersucht werden. Dabei ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten:

1. Die Gefäße sind gesund.
2. Die Gefäße sind krank, die Erkrankung kann aber medikamentös behandelt werden kann.
3. Es gibt Engstellen (Stenosen), die sofort behandelt werden müssten und in aller Regel auch behandelt werden. Wenn solche Engstellen gefunden werden, wird durch einen sog. „Führungskatheter“ ein weiterer kleiner Draht eingebracht (als Führungshilfe) über den dann ein Ballon und anschließend ein

„Stent“ eingeführt wird. Der Ballon wird aufgeblasen, der Stent wird abgesetzt, der Ballon wird wieder zusammengezogen und rausgezogen.

4. Es liegt komplexe Stenosen, die nicht sofort behandelt werden können, da die Risiken zu hoch sind und/oder zunächst ein Oberarzt oder der Chefarzt befragt werden muss (etwa 10 % aller Fälle). Teilweise übernimmt der Oberarzt bzw. der Chefarzt diese Untersuchung und/oder der Eingriff findet unter OP-Bereitschaft statt.
5. 2 Möglichkeiten für weitere Fälle (eher selten):
 - a. Die Herzgefäßsituation ist so komplex, dass eine Bypass-Operation durchgeführt werden muss aber keine sofortige Intervention notwendig ist. Diese Fälle werden dann in der wöchentlichen Herzkonferenz vorgestellt und besprochen.
 - b. Bei 1-2 Fällen im Jahr muss sofort und ohne Vorstellung in der Herzkonferenz ein Eingriff im OP unter direkter Hinzurufung der Herzchirurgen stattfinden. In sehr seltenen Fällen wird der Eingriff dann auch direkt im HK-Labor durchgeführt.

Die Entscheidung, wann ein Bypass, wann eine Intervention oder eine rein medikamentöse Behandlung gewählt werden, ist zu einem nicht unbedeutenden Anteil individuell abhängig vom jeweiligen HK-Arzt. Die dabei zu fällende Entscheidung ist keinesfalls eine Frage von medizinischer Eindeutigkeit. Entscheidend sind dabei Faktoren wie die individuelle Risikobereitschaft / -einstellung des Arztes, die Erfahrung des Arztes oder sein Gemüt (aggressiv oder vorsichtig). Sowohl die Entscheidung über die Diagnose als auch die Behandlung ist also von individuellen Unterschieden zwischen den Ärzten geprägt. Teilweise existieren „Hausrichtlinien“, an denen Entscheidungen orientiert werden. Kleinere Kliniken oder Arztpraxen gehen prinzipiell geringere Risiken ein als eine Uni-Klinik, wo im Notfall schnell auf weitere Spezialisten zugegriffen werden kann. Beispielsweise muss bei Untersuchungen z.T. entschieden werden, wie die Ausdehnung von Gefäßen durchgeführt wird. Dies erfolgt zu etwa 90% aller Fälle mit einem Stent und etwa zu 10% mit Hilfe eines Ballons. Wenn ein Stent eingesetzt wird, gibt es prinzipiell die Möglichkeit einen normalen Stent oder einen sog. Cypher-Stent (Drug-eluting-Stent) einzusetzen. Es gibt Richtlinien, die von der Klinik aufgestellt wurden, wann welcher Stent zu verwenden ist. Da der Cypher-Stent aber prinzipiell besser als der normale Stent ist, sollte er immer verwendet werden. Der Einsatz von Cypher-Stent ist jedoch mit höheren Kosten verbunden. Wenn eine Klinik in allen Fällen Cypher-Stents einsetzen würde, wäre das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget für Cypher-Stents relativ schnell aufgebraucht. Damit steht ein Arzt bei der Behandlung von jedem Patienten vor der individuellen Entscheidung, welcher Stent eingesetzt werden soll.

Wenn der HK-Eingriff vorüber ist, werden der Katheter, der Führungsdraht und die Schleuse entfernt und entweder ein Druckverband oder ein Gefäßanker zum Wundverschluss angebracht. Die Entscheidung zwischen Druckverband und Anker wird auch individuell vom behandelnden Arzt getroffen.

4.6 Sekretariat der Station V2

Ablauf der Entstehung der Arztbriefe

Sobald der Patient aus dem HK-Labor entlassen wird, wird die Patientenakte von den Stationspflegern ins Sekretariat gebracht. Aus der Akte wird der Zettel mit den Patientendaten und dem Diktat des aktuellen Stationsarztes, in dem die weitere Medikation und Behandlungsempfehlung des Patienten festgelegt ist, benötigt. In dem Diktat sind noch keine aktuellen Befunde enthalten. Ebenfalls wird der ärztliche Verordnungsplan benötigt. Aus diesen Informationen wird die 1. Fassung des Arztbriefes erstellt. Diese Fassung liest der Arzt, macht ggf. handschriftliche Änderungen und gibt ihn anschließend an das Sekretariat zurück. Hieraus wird die 2. Fassung des Arztbriefes erstellt. Diese bekommt der Patient bei der Entlassung mit. Sie ist wichtig für die Medikation des Patienten und als Information für den Hausarzt. Eine Kopie dieser Fassung geht an den Oberarzt, der dann entweder sein Einverständnis gibt oder ggf. noch Ergänzungen einfügt. Hieraus entsteht dann die finale Fassung des Arztbriefes, der an den Hausarzt und ggf. weitere behandelnde Ärzte verschickt wird. Zwei weitere Exemplare dieser Version verbleiben in der Patientenakte.

4.7 Controlling der Klinik

Ablauf der Erfassung und Abrechnung von Leistungen

1. Der Arztbrief und die Patientenakte gehen an die Stabsstelle Medizincontrolling. Im Katheterlabor erfolgte bereits die Erfassung der Leistung mit dem CARDAS-System. Weiterhin wurde dort der Abrechnungsbogen ausgefüllt, wo die die Leistung ebenfalls ersichtlich sind.
2. Eine Mitarbeiterin des Controllings gibt die abrechnungsrelevanten Daten über verbrauchte Materialien, erfolgte Eingriffe etc. im SAP-System ein. Dies erfolgt manuell, da keine Schnittstelle zwischen dem CARDAS- und dem SAP-System vorhanden ist.
3. Ein dem Medizincontrolling zugeordneter Arzt überprüft die Patientenakte nach Nebendiagnosen sowie nach nicht eingetragenen Leistungen der Stationen, die die DRG-Fallpauschale (Schweregrad) beeinflussen. Anschließend kommt die Akte ins Archiv.
4. Der Arztbrief, der Entlassungszettel und die Abrechnungsbogen gehen in die zentrale Abrechnungsstelle. Nach Prüfung bzw. Vervollständigung aller Daten werden die Rechnungen auf Basis der SAP-Daten ausgedruckt und zentral an die Krankenkassen verschickt.
5. Z.T. werden Abrechnungen von den Krankenkassen zurückgeschickt, da noch Unklarheiten bestehen.

5 Papierbasierte Informationsträger

5.1 Aufnahmevertrag

KLINIKUM DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ gAdöR		
Der Verwaltungsdirektor		Langenbeckstraße 1 55101 Mainz Telefon (06131) 17 1
Aufnahmevertrag		
Ich beantrage für die nachstehend genannte Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten die Aufnahme in Ihr Klinikum zu den in den Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB / Anlage 1) und den im Verzeichnis der Benutzerentgelte (Anlage 2) genannten Bedingungen.		
Erläuterungen: T = Tag; M = Monat; J = Jahr		
Station	Aufnahme-Datum	Uhrzeit
_____	____T____T____M____M____J____J____	_____
Name, Vorname des Patienten		

Bitte in Druckschrift ausfüllen!		
Nach Kenntnisnahme der wichtigen Patienteninformation vor der Vereinbarung von Wahlleistungen" beantrage ich ferner die Gewährung der angekreuzten Wahlleistungen im Sinne der §§ 6 und 7 Ihrer Allgemeinen Vertragsbestimmungen (AVB):		
<input type="checkbox"/> Unterbringung in einem Einbettzimmer (Mehrkosten lt. Tarif)	<input type="checkbox"/> Unterbringung in einem Zweibettzimmer (Mehrkosten lt. Tarif)	<input type="checkbox"/> wahlärztliche Leistungen durch liquidationsberechtigte Ärzte (Mehrkosten lt. GOÄ)
Datum: _____ T T M M J J	Datum: _____ T T M M J J	Datum: _____ T T M M J J
Unterschrift des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen	Unterschrift des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen	Unterschrift des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen
Die AVB und das Verzeichnis der Benutzerentgelte habe ich erhalten. Ich erkenne diese Bestimmungen als für mich verbindlich an.		
Mir ist bekannt, dass wahlärztliche Leistungen nur auf der Grundlage eines gesonderten Behandlungsvertrages mit einem liquidationsberechtigten Arzt des Klinikums gewährt und nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergänzend in Rechnung gestellt werden. Ein solcher Wahlarzt-Behandlungsvertrag erstreckt sich auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (§ 22 Abs. 3 Bundespflegegesetzverordnung).		
Ich hatte Gelegenheit, in die Liste der liquidationsberechtigten Ärzte sowie die GOÄ Einsicht zu nehmen, welche bei allen Aufnahmestellen sowie in den Sekretariaten der liquidationsberechtigten Ärzte zur Einsichtnahme bereitgehalten werden.		
Im Rahmen meiner Zuzahlungspflicht als gesetzlich Krankenversicherter über 18 Jahre werde ich die Eigenbeteiligung pro Kalendertag vor meiner Entlassung aus dem Krankenhaus entrichten. Das Merkblatt „Eigenbeteiligung“ habe ich erhalten.		
Mainz, den		Der vorstehende Antrag wird angenommen
_____	_____	i.A. _____
T T M M J J	Unterschrift des Patienten bzw. Zahlungspflichtigen	Der Verwaltungsdirektor

5.3 Stationsblatt

Johannes Gutenberg-Universität Mainz Klinikum <small>Gemeinnützige Anstalt des öffentlichen Rechts</small> 55131 Mainz, Langenbeckstrasse 1		Stationsblatt	
		Fall-Nr: ██████████ M2 Patienten-Nr.: ██████████ Sachbearbeiter: ██████████ Telefon-Nr.: ██████████ Tele-Fax: ██████████	
Patient			
Name: ██████████	Geburtsdatum: ██████████	Fam.: V	
Adresse: ██████████	Geburtsname: ██████████	Nation: DE	
	Geschlecht: M		
Aufn.Datum: 08.12.2004	Uhrzeit: 09:06	Aufnahmegrund: 0101	
Station: NS 4 2. Med.		Beh. Kategorie: Basispflege	
Einweis. Arzt: ██████████	██████████		
Hausarzt: ██████████	██████████		
Einweis. KRft: ██████████	██████████		
Angehörige: ██████████	Tel: ██████████		
Anschrift: ██████████			Verw-Kz: F
Arbeitgeber: ██████████	Berufbez: R.		
Anschrift: ██████████			
Versicherungsverhältnisse			
1. Kostentr.: ██████████			
2. Kostentr.: ██████████			
Rechnungsempf.: ██████████			
Hauptversch.: ██████████			
Diagnosen			
Einweisungsdiagnose:		Icd: ██████████	
Aufnahmediagnosen: Atrioventrikulärer Block 3. Grades		Icd: I44.2	
Neben-/Behandlungsdiagnosen: ██████████			
Für die stationäre Behandlung sind voraussichtlich 14 Tage erforderlich			
Letzte Station: ██████████		Aufgenommen am: ██████████	
1. Ich erkläre mich damit einverstanden, daß im Rahmen des von mir bzw. des zu meinen Gunsten mit dem Krankenhaus abgeschlossenen Vertrages Daten über meine Person und meinen sozialen Status sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert, bzw. gelöscht und erforderlichenfalls - soweit nicht dadurch offenkundig meine Interessen verletzt werden an Dritte übermittelt werden. Mir ist bekannt, daß bei Nichtzustimmung keine Nachteile entstehen. <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN 			
2. Ich bin darüber informiert, daß in der Universitätsklinik der studentische Unterricht am Bett erfolgt.			
Mainz, den _____		Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten _____	

5.4 Entlassungs- / Verlegungsanzeige

Johannes Gutenberg-Universität Mainz Klinikum <small>Gemeinnützige Anstalt des öffentlichen Rechts</small>		Entlassungs/Verlegungsanzeige	
An den zuständigen Stationsarzt Station: NS 4		IK- Nr. der Einrichtung: ██████████ IK- Nr. des Empfängers: ██████████ Kostenträger-Nummer : ██████████ Fall-Nr.: ██████████ M2 Patienten-Nr.: ██████████ Sachbearbeiter: ██████████ Telefon-Nr.: ██████████ Tele-Fax: ██████████	
Patient Name: ██████████ Adresse: ██████████		Geburtsdatum: ██████████ Geschlecht: M Behandlungskategorie: Basispflege	
Fall Aufnahmezeitpunkt: 08.12.2004 Uhrzeit: 09:05 Aufnahmegrund: 0101 Aufnehmende Fachabteilung: M2 2. Med. Schl.§301: 190 Aufnehmende Station: M202 NS 4 Einweisender Arzt: ██████████ Einweisendes Krankenhaus: ██████████			
Einweisungsdiagnose : Aufnahme Diagnosen: I44.2 Atrioventrikulärer Block 3. Grades Neben-/Behandlungsdiagnosen:			
Entlassungsdatum: _____ Zeit: _____ Entl.Art: _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsfähig (1) <input type="checkbox"/> Normalentlassung <input type="checkbox"/> gegen ärztl.Rat <input type="checkbox"/> Nachstationär vorgesehen <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähig(2) <input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Tod			
Bei Verlegung aufn.Krh.: _____			
Medizinische Daten			
OP-Datum	Operationszeit	Haupt-OP	OP-Abt.
		Neben-OP	
		Neben-OP	
Entlassungs- bzw. Verlegungsdiagnose		Hauptdiagnose	ICD-10-Schlüssel
		Nebendiagnose	
Angaben über Reha-Maßnahmen/ Vorschläge zur weiteren Behandlung:			
Abrechnung			Mainz, den
Abteilungsplafegesatz: _____		Datum Wundheilung z.B. Naht/Klammer-Entfernung: _____	Unterschrift des/der zuständigen Arztes/Ärztin (Zusätzlich Namensangabe in Druckbuchst.)
Fallpauschale: FP-Nr. _____ Abt. _____	FP-Nr. _____ Abt. _____		
Sonderentgelte: SE-Nr. _____ Abt. _____ Datum _____	SE-Nr. _____ Abt. _____ Datum _____		
SE-Nr. _____ Abt. _____ Datum _____	SE-Nr. _____ Abt. _____ Datum _____		

5.7 Fragebogen zur Krankengeschichte

<h3 style="text-align: center;">Fragebogen zur Krankengeschichte</h3> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 200px;"> Name Geburtsdatum Anschrift </div> <div style="width: 150px;"> Datum: _____ </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Bitte die folgenden Fragen sorgfältig beantworten!</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wer ist Ihr behandelnder Arzt (Hausarzt)? _____ 2. Welcher Arzt soll außerdem den Entlassungsbericht von uns bekommen? _____ 3. Wie groß sind Sie? _____ cm 4. Gewicht? _____ kg 5. Rauchen Sie zur Zeit? <input type="radio"/> Ja: Wie viel? _____ (Stück) Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren <input type="radio"/> Nein 6. Haben Sie früher geraucht? <input type="radio"/> Ja: Wie viel? _____ (Stück) Zigaretten pro Tag seit _____ Jahren <input type="radio"/> Nein 7. Haben Sie Bluthochdruck? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 8. Haben Sie erhöhte Blutfettwerte? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 9. Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 10. Gibt es Verwandte, die an einer Herzerkrankung leiden oder daran verstorben sind? <input type="radio"/> Ja: Wer? _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="radio"/> Ja: Bier _____? Wein _____? Schnaps _____? <input type="radio"/> Nein 12. Haben Sie schon einmal einen Gichtanfall gehabt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 13. Haben Sie erhöhte Harnsäurewerte? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 14. Nehmen Sie regelmäßig Augentropfen? <input type="radio"/> Ja: <input type="radio"/> Für trockenes Auge? <input type="radio"/> Für grünen Star (Glaukom)? <input type="radio"/> Nein 15. Haben Sie eine Schilddrüsenüberfunktion? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 16. Hatten Sie eine Schilddrüsenoperation? <input type="radio"/> Ja: _____ (Jahr) <input type="radio"/> Nein 17. Hatten Sie jemals einen Verschuß der tiefen Beinvenen (Thrombose) oder eine Lungenembolie? <input type="radio"/> Ja _____ (Jahr) <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 18. Haben Sie eine Einschränkung der Nierenfunktion? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 19. Hatten Sie schon einmal ein Magengeschwür? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 20. Hatten Sie schon einmal Blut im Stuhl? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein 21. Leiden Sie an Hämorrhoiden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 22. Hatten Sie schon einmal Blut im Urin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein 23. Haben Sie in letzter Zeit stark an Gewicht zu- oder abgenommen? <input type="radio"/> Ja: Wieviel? _____ kg In welchem Zeitraum? _____ <input type="radio"/> Absichtlich? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
<ol style="list-style-type: none"> 24. Haben Sie schon einmal Röntgenkontrastmittel gespritzt bekommen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 25. Besteht eine Kontrastmittelallergie oder eine Jodallergie? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 26. Ist eine Unverträglichkeit gegen Medikamente bekannt? <input type="radio"/> Ja: Gegen Antibiotika/Penicillin? _____ Andere Medikamente? _____ <input type="radio"/> Nein 27. Sonstige Allergien: _____ 28. Leiden Sie an Krampfadern? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 29. Haben Sie dicke geschwollene Beine? <input type="radio"/> Ja: <input type="radio"/> Abends? <input type="radio"/> Immer? <input type="radio"/> Nein 30. Müssen Sie nachts zur Toilette gehen, um Wasser zu lassen? <input type="radio"/> Ja: Wie oft? _____ mal <input type="radio"/> Nein 31. Können Sie flach liegen (ohne Kopfkissen)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein, ich brauche: <input type="radio"/> 1 Kopfkissen <input type="radio"/> 2 Kopfkissen <input type="radio"/> 3 Kopfkissen <input type="radio"/> Mehr Kopfkissen 32. Wie viele Treppen können sie steigen, ohne wegen Atemnot stehen bleiben zu müssen? <input type="radio"/> Nur wenige Treppenstufen <input type="radio"/> 1 Stockwerk <input type="radio"/> 2 Stockwerke <input type="radio"/> Unbegrenzt 33. Haben Sie Beschwerden in den Beinen beim Gehen? <input type="radio"/> Ja: In den Gelenken? _____ Im Gesäß-, Ober- oder Unterschenkelbereich? _____ Müssen Sie häufig stehen bleiben wegen dieser Schmerzen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, nach _____ Metern <input type="radio"/> Nein 	<ol style="list-style-type: none"> 34. Haben Sie eine/mehrere offene Stelle(n) am Bein oder Fuß? <input type="radio"/> Ja: Wo? _____ Seit wann? _____ <input type="radio"/> Nein 35. Haben Sie gelegentlich Schmerzen oder Lingegefühl in der Brust? <input type="radio"/> Ja: <input type="radio"/> In Ruhe? <input type="radio"/> Bei Belastung? <input type="radio"/> Bei Kälte? <input type="radio"/> Nein 36. Strahlen diese Schmerzen aus? <input type="radio"/> In den linken Arm? <input type="radio"/> In den Kiefer? <input type="radio"/> In den Rücken? 37. Welchen Operationen mußten Sie sich unterziehen? _____ _____ 38. Unfälle? _____ 39. Sonstige innere Erkrankungen: _____ _____ 40. Besteht eine Krebserkrankung? _____ 41. Neurologische Erkrankungen: _____ 42. Anfallsleiden: <input type="radio"/> Ja: _____, seit _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht bekannt 43. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?: _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht _____ <input type="radio"/> Morgens <input type="radio"/> Mittags <input type="radio"/> Abends <input type="radio"/> Zur Nacht <p style="margin-top: 10px;">Datum _____ Unterschrift _____</p>

5.9 Anamnesebogen für Katheterpatienten

Klinikum der Johannes – Gutenberg – Universität Mainz																																																			
Patientenetikett	Nachrichtlich: Aufnahmearzt: Aufnahme datum:																																																		
<u>Anamnesebogen für Katheterpatienten</u>																																																			
<u>Vorerkrankungen:</u>																																																			
<i>CVS:</i>	<i>Endokrinolog./Rheumatologie:</i>																																																		
<i>Pulmo:</i>	<i>Leber/Galle:</i>																																																		
<i>Niere/Blase:</i>	<i>MDT:</i>																																																		
<i>Sonstige:</i>																																																			
<u>Aktuelle Beschwerden:</u>																																																			
<u>Medikamente:</u>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Risikofaktoren:</td> <td style="width: 30%;">Spezielle Risiken:</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nikotin</td> <td>Glaukom</td> <td>Nein</td> <td>Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Stück/Tag</td> <td>Hyperthyreose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hypertonie</td> <td>Thrombose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLP</td> <td>Niereninsuffizienz</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Familien-</td> <td>Ulceranamnese</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Anamnese</td> <td>Blut im Stuhl</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adipositas</td> <td>Gewichtsveränderung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hyperurikämie</td> <td>Allergie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Risikofaktoren:	Spezielle Risiken:				<input type="checkbox"/> Nikotin	Glaukom	Nein	Ja		Stück/Tag	Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hypertonie	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> HLP	Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Diabetes	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Familien-	Ulceranamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anamnese	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Adipositas	Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Risikofaktoren:	Spezielle Risiken:																																																		
<input type="checkbox"/> Nikotin	Glaukom	Nein	Ja																																																
Stück/Tag	Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Hypertonie	Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> HLP	Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Diabetes	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Familien-	Ulceranamnese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Anamnese	Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Adipositas	Gewichtsveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Hyperurikämie	Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
UKM 11-246	Welche? -----																																																		

5.10 Untersuchungsbogen für Katheterpatienten

Klinikum der Johannes – Gutenberg – Universität Mainz		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Patientenetikett</div>		
<u>Untersuchungsbogen für Katheterpatienten</u>		
Alter:	Größe:	Gewicht:
Allgemein:		
Kopf – Hals:		
Halsvenenstauung:	Hepatojugulärer Reflux:	
Schilddrüse:		
LK:		
Lunge:		
Herz:		
Puls:...../min Rhythmus: o regelm. o arrhyth. RR: re:..... li:.....mmHg		
Abdomen:		
Leber:.....-cm(MCL)		
Peripherer Puls:	Überall o	
Arteria	fem. re. o	popl. re.o tib.post. re.o dors. ped. re.o
	li. o	li. o li. o li. o
	radialis re. o	li. o ulnaris re. o li. o
Gefäßgeräusche:	Keine o	Karotis re. o Iliaca / Fem. re. o
		li. o li. o
Varizen:		
Ödeme:		
Nervenstatus: NAP o o.B. BSR o o.B. PSR o o.B.		
Pupillen: o o.B. Babinski: o neg. grob orientierend o o.B.		

5.11 Herzkatheteranmeldung

KLINIKUM DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT II. Medizinische Klinik und Poliklinik Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Münzel			Langenbeckstraße 1 55131 Mainz		
HERZKATHETERANMELDUNG GEBÄUDE 209 EG (TEL. -2090 / FAX. -6669)					
Patientendaten :			Zuwelser:		
			Hausarzt:		
<input type="checkbox"/> LHK <input type="checkbox"/> RHK <input type="checkbox"/> BIOPSIE			Liegendtransport: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Indikation:			Kontrastmittelallergie:		
CCS: _____ NYHA: _____			Medikamentenallergie:		
Relevante Anamnese mit Zeitangabe: (kardiale Vorerkrankung, HK, PCI, Bypass-OP-aortocoronar, peripher)			Hepatitisserologie:		
Diabetes mellitus: _____ PAVK: _____			HIV-Status:		
EKG:					
Ruhe-EKG:		<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch		
Belastungs-EKG:		<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv in Ableitungen:		
Echokardiographie:					
Auswurfraction:		<input type="checkbox"/> > 50%	<input type="checkbox"/> 50% - 30%	<input type="checkbox"/> < 30%	
Relevantes Vitium:		<input type="checkbox"/> MI	<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> AI	<input type="checkbox"/> AS
Stressecho – Wandbewegungsstörung:					
Aktuelles Labor (nicht älter als 14 Tage):		normal	pathologisch		
▪ Blutbild		_____	_____		
▪ Kalium		_____	_____		
▪ Kreatinin		_____	_____		
▪ TSH		_____	_____		
▪ INR		_____	_____		
Ärztliche – pflegerische Maßnahmen:					
<ul style="list-style-type: none"> • Braunüle (>18G, möglichst nicht in der Armbeuge) • Leistenregion bds. rasieren, wenn unauffälliger Pulsstatus • Brille • Hörgerät • Aufklärungsbogen für Diagnostik und Intervention vom Arzt und Patient unterschrieben 					
Datum: _____			Unterschrift: _____		

5.14 Pflegemaßnahmenplan

Pflegemaßnahmenplan		Klinik: 2. Med. Station 301-2			Patient:		Aufkleber													
Dat.	HZ	Datum Uhrzeit	FD			SD			ND			FD			SD			ND		
			Rasur: Leiste/Arm re.u. li ; Ganzkörperrasur																	
			Standard A / B / C / D																	
			Mundgerechtes Vorbereiten d. Mahlzeiten Anreichen der Getränke																	
			Anreichen u. Entsorgung von Urinflasche und Steckbecken																	
			Toilettenstuhl bringen u. entsorgen x Blasenkatheterbeutel entleeren Patient zur Toilette begleiten																	
			1 x tägl. Ganzwaschung im Bett/am Becken 1 x tägl. Teilwaschung im Bett / am Becken x tägl. Wechseln der Kleidung Hilfestellung beim Kleidungswechsel x tägl. Zahnpflege / Zahnprothesepflege x tägl. Intimpflege																	
			Mobilisation: Bettkante Toilettenstuhl Waschbecken ATS-Strümpfe an-bzw. ausziehen Beine wickeln																	
			Pflege nach Mainzer Decubitusprophylaxe-Standard																	

Pflegemaßnahmenplan		Klinik: 2. Med. Station 301-2			Patient:		Aufkleber													
Dat.	HZ	Datum Uhrzeit	FD			SD			ND			FD			SD			ND		
			Medikamente gerichtet konrolliert u. ausgegeben gereicht / Einnahme überwacht																	
			Infusionen/Perfusoren/Antibiosen gerichtet angehängt und überwacht																	
			Injektionen gerichtet injiziert																	
			Verbandswechsel 1x tgl. jeden Tag VW Braunüle mit:																	
			1x tgl. jeden Tag VW ZVK mit:																	
			1x tgl. jeden Tag VW mit:																	

5.16 Basisdiagnostik (Blutwerte aus dem LAURIS-System)

 KLINIKUM DER JOHANNES GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin Direktor: Univ.-Prof. Dr. Karl J. Lackner		BASISDIAGNOSTIK.	
Station: M201 2.Med-301-2		Pat-ID: 0 Pat-Fall:	Befundzeitraum: 14.12.2004 - 17.12.2004
gedruckt: 17.12.2004 / 12:08		17.12.2004 09:21 M201 11051927	14.12.2004 08:38 M201 13118312
Analyt	Normwert Einheit		
Klinische Chemie			
Natrium	135 - 144 mmol/l	144	+ 145
Kalium	3.6 - 4.8 mmol/l	3.1	- 3.3
Calcium	2.15 - 2.60 mmol/l	2.47	
Creatinin	0.7 - 1.2 mg/dl	1.01	0.93
Harnsäure	3.4 - 7.0 mg/dl		7.0
GPT (ALAT)	<41 U/l		28
GOT (ASAT)	<37 U/l	32	23
CK	<190 U/l		84
Troponin T	<0.1 µg/l	+ 0.13	
CRP	<5 mg/l		+ 11
TSH	0.3 - 4.2 mU/l		0.88
Glucose	55 - 115 mg/dl		+ 122
Triglyzeride	<200 mg/dl		114
Cholesterin (ges.)	<200 mg/dl		185
HDL-Cholesterin	>40 mg/dl		49
LDL-Cholesterin	<160 mg/dl		113
Gerinnung			
Quick	70 - 120 %	- 67	- 54
INR	n. Indikation	1.3	1.5
APTT	26 - 36 sec	+ 39.7	+ 37.1
Fibrinogen (abgeleitet)	180 - 350 mg/dl	+ 353	344
Anti-Xa Aktivität (LMWH)	0.4 - 0.8 IU/ml	- 0.35	
Hämatologie			
Leukozyten	3,9 - 10,0 /ml	7.3	6.7
Erythrozyten	4,5 - 5,9 /pl	5.46	5.46
Hämoglobin	14 - 18 g/dl	16.1	15.4
Hämatokrit	40 - 52 %	46.7	46.1
MCV	80 - 100 fl	85.6	84.5
MCH	27 - 34 pg	29.5	28.2
MCHC	31.5 - 36 g/dl	34.4	33.4
EVb	12.5 - 15 %	+ 15.8	+ 15.3
Thrombozyten	150 - 400 /ml	182	156
MTV	7.6 - 11.2 fl	8.7	8.3
Medikamente			
Digitoxin	10 - 25 ng/ml		14.7
Theophyllin	10 - 20 mg/l		- 2.91

Abkürzungen: h₂ - hämolytisch i - iktersch zwM - zu wenig Material 1 - telefonisch
 li - lipämisch k - kontrolliert IM - kein Material gb - gesonderter Befund

Unterstrichenes Resultat = Verweis auf einen Kommentar Graumarkierung hinter dem Resultat = Hinweis Wert Fettgedrucktes Resultat = außerhalb des Normwerts

Institutsschrift: Langenbeckstr. 1 Diensthabender Arzt: 06131 - 17 - 2121, Funk: 194 - 665 Zentrale (Klinikum): 06131 - 17 - 0
 55131-Mainz (Mo-Fr 8-17 Uhr, sonst über Notlabor: 17 - 44 74) Befundauskunft: 06131 - 17 - 3940

Aktiviert nach DIN EN ISO/IEC 17021, zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:1994 - seit 1998.

5.17 Verbrauchsmaterialanzeige HK-Labor

Patientendaten / Aufkleber Name Vorname Fall-Nr. Station	Prozeduren laut amtlichen Operationenschlüssel Gemäß § 301 SGB V (OPS-301) Version 2005 Datum: Uhrzeit: Herzkatheter Nr.:
<p>Diagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie ohne LV-Angiographie 1-275.0</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie mit LV-Druckmessung 1-275.1</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie mit LV-Angiographie u. LV-Druckmessung 1-275.2</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie mit LV-Angiographie u. Aortographie 1-275.3</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie ohne LV-Angiographie mit. Aortographie 1-275.4</p> <p><input type="checkbox"/> Koronarangiographie von Bypass-Gefäßen 1-275.5</p> <p><input type="checkbox"/> Rechtsherzkatheteruntersuchung 1-273.X</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonalisangiographie 1-276.0</p> <p><input type="checkbox"/> Myokardbiopsie 1-497.2</p> <p><input type="checkbox"/> IVUS 1-275.x</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung: _____</p>	
<p>Interventionen</p> <p>PTCA:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Gefäß 8-837.00</p> <p><input type="checkbox"/> Mehr-Gefäß 8-837.01</p> <p>Bare-Stent:</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Stent in eine Koronararterie 8-837.k0</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 2 Stents in eine Koronararterie 8-837.k1</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 2 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.k2</p> <p>Drug-eluting-Stent (DES):</p> <p><input type="checkbox"/> Ein Stent in eine Koronararterie 8-837.m0</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Stents in eine Koronararterie 8-837.m1</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.m2</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stents in eine Koronararterie 8-837.m3</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.m4</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Stents in eine Koronararterie 8-837.m5</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.m6</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Stents in eine Koronararterie 8-837.m7</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.m8</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 6 Stents in eine Koronararterie 8-837.m9</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 6 Stents in mehrere Koronararterien 8-837.m10</p> <p>Valvuloplastie:</p> <p><input type="checkbox"/> Valvuloplastie, Klappe: _____ 8-837.xx</p> <p>Sonstige:</p> <p><input type="checkbox"/> Verschluss eines Vorseptumdefekts 8-837.d0</p> <p><input type="checkbox"/> TEE 3-052</p> <p><input type="checkbox"/> Passagerer Schrittmacher 8-642</p> <p><input type="checkbox"/> IABP-Anlage 8-839.0</p> <p><input type="checkbox"/> IABP-Entfernung 8-839.3</p> <p><input type="checkbox"/> Defibrillation 8-640.1</p> <p><input type="checkbox"/> Dabei iv-Anästhesie 8-900</p> <p><input type="checkbox"/> Kard. Reanimation (incl. Beat.) 8-771</p> <p><input type="checkbox"/> Einfache endotr. Intubation 8-701</p>	
Erhebungsbogen ausgefüllt am: Verantwortlicher Arzt/Ärztin:Unterschrift: Stand: Januar 2005	

5.18 HK-Anzeige für Höherberechnungen

Name: _____	Krankenversicherung:
Vorname: _____	<input type="checkbox"/> KVB I-III <input type="checkbox"/> KVB IV
Straße: _____	<input type="checkbox"/> Post „B“ <input type="checkbox"/> Knappschaft
Wohnort: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Geb.: _____	
Behandlungsdatum: _____	Faktor: <input type="checkbox"/> Schwellenwert
Untersucher: _____	<input type="checkbox"/> USSW
Untersuchung in <input type="checkbox"/> monoplaner Technik <input type="checkbox"/> biplaner Technik	
Anzahl der Serien: RCA: _____ LCA: _____ 1. Bypass: _____ 2. Bypass: _____	
3. Bypass: _____ Aorta: _____ Aorta ascendens: _____	
Nierenarteriographie rechts: _____ links: _____	
Begründungen für die Höherberechnung	
Mehr als den Durchschnitt übersteigender Zeitaufwand bei der technisch schwierigen Untersuchung und Behandlung bei:	
<input type="checkbox"/> Angina pectoris während des Eingriffs	<input type="checkbox"/> langstreckiger Stenose
<input type="checkbox"/> ST-Hebungen/Senkungen während des Eingriffes	der _____
<input type="checkbox"/> massiver Gefäßverkalkung	des _____
<input type="checkbox"/> mehrfacher Dilatation	<input type="checkbox"/> subtotaler Stenose
<input type="checkbox"/> mehrfacher Angiographie	der _____
<input type="checkbox"/> schwieriger Platzierung des Katheters	des _____
<input type="checkbox"/> schwieriger Sondierung des Gefäßes	<input type="checkbox"/> harter Stenose
<input type="checkbox"/> Notfall – Eingriff	der _____
<input type="checkbox"/> schwieriger Anatomie	des _____
<input type="checkbox"/> Kinking	<input type="checkbox"/> massiv verkalkter Aortenklappe
<input type="checkbox"/> Hypokinesie	<input type="checkbox"/> massiv verkalkter Mitralklappe
<input type="checkbox"/> Akinesie	<input type="checkbox"/> geschlängelten Koronarien
<input type="checkbox"/> Dyskinesie	<input type="checkbox"/> Rotablation und Dilatation
<input type="checkbox"/> Wandveränderungen der Koronarien	<input type="checkbox"/> Mehrgefäßdilatation
<input type="checkbox"/> Kaliberschwankungen der Koronarien	<input type="checkbox"/> zusätzlich durchgeführter Bypassdarstellung
<input type="checkbox"/> wandhypertrophierlem Ventrikel links	<input type="checkbox"/> zusätzlich durchgeführtem Dilatationsversuch
<input type="checkbox"/> Ektasie der Aorta ascendens	der _____
<input type="checkbox"/> enger Aortenwurzel	des _____
<input type="checkbox"/> Anomalie der Kranzgefäße	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Ventrikelfunktion	
<input type="checkbox"/> Katheterwechsel während des Eingriffes	

6 Zusammenfassung und Ausblick

Der vorliegende Arbeitsbericht dokumentiert 20 Prozessinstanzen, die im Rahmen einer Feldstudie im Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz erhoben wurden. Sie repräsentieren eine funktionsübergreifende Sicht auf Tätigkeiten von Ärzten, Pflegepersonal und Verwaltungspersonal im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten. Aus diesen Prozessen werden im nächsten Schritt Anforderungen abgeleitet, anhand derer existierende Methoden der Prozessmodellierung auf ihre Anwendbarkeit im Gesundheitswesen hin untersucht werden.

Literaturverzeichnis

AOK-Bundesverband: 2005

AOK-Bundesverband: Populärsprachliche Basis-DRGs 2004 (Version 1.0). http://www.krankenhaus-aok.de/imperia/md/content/partnerkrankenhaus/xls/pop_basis_drgs_2004_23_05_2005.xls, Abruf am 2005-06-15.

Avison et al.: 1995

Avison, D. E.; Myers, M. D.: Information systems and anthropology: and anthropological perspective on IT and organizational culture. In: Information Technology & People. West Linn: 1995. Vol. 8, Iss. 3; p. 8 (1995) 3, S. 43-53.

Becker et al.: 2001

Becker, J.; Knackstedt, R.; Holten, R.; Hansmann, H.; Neumann, S.: Konstruktion von Methodiken: Vorschläge für eine begriffliche Grundlegung und domänenspezifische Anwendungsbeispiele. Universität Münster, Arbeitsberichte des Instituts für Wirtschaftsinformatik Nr. 77. 2001.

Beer: 2003

Beer, B.: Methoden und Techniken der Feldforschung. Ethnologische Paperbacks, Berlin, Reimer 2003.

Diekmann: 1996

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung. 2. Aufl., Reinbek bei Hamburg, Rowohlt 1996.

Flick: 1995

Flick, U.: Handbuch qualitative Sozialforschung : Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim, Beltz 1995.

Frank: 2002

Frank, U.: Forschung in der Wirtschaftsinformatik: Profilierung durch Kontemplation - ein Plädoyer für den Elfenbeinturm Arbeitsberichte des Instituts für Wirtschaftsinformatik Nr. 30. Koblenz 2002.

Frank et al.: 2003

Frank, U.; van Laak, B. L.: Anforderungen an Sprachen zur Modellierung von Geschäftsprozessen. Arbeitsbericht des Instituts für Wirtschaftsinformatik der Universität Koblenz-Landau. 2003.

Geschäftsbericht: 2003

Geschäftsbericht. Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Mainz 2003.

Greiling et al.: 2002

Greiling, M.; Hofstetter, J.: Patientenbehandlungspfade optimieren, Prozeßmanagement im Krankenhaus. Kulmbach, Baumann Fachzeitschriften Verlag 2002.

Greulich et al.: 1997

Greulich, A.; Thiele, G.; Thiex-Kreye, M.; Bader, T.: Prozeßmanagement im Krankenhaus. Schriftenreihe zum Managementhandbuch Krankenhaus ; 8, Heidelberg, v. Decker 1997.

Heimerl-Wagner: 1996

Heimerl-Wagner, P.: Organisation in Gesundheitsinstitutionen. In: P. Heimerl-Wagner; C. M. Köck (Hrsg.): Management in Gesundheitsorganisationen. Ueberreuter, Wien 1996, S. 127-186.

Heinrich et al.: 1997

- Heinrich, L. J.; Wiesinger, I.: Zur Verbreitung empirischer Forschung in der Wirtschaftsinformatik. In: O. Grün; L. J. Heinrich (Hrsg.): Wirtschaftsinformatik - Ergebnisse empirischer Forschung. Springer Verlag, Wien 1997, S. 37 - 49.
- Heinzl: 2001
Heinzl, A.: Zum Aktivitätsniveau empirischer Forschung in der Wirtschaftsinformatik – Erklärungsansatz und Handlungsoptionen. Universität Bayreuth, Arbeitspapier des Lehrstuhls für Wirtschaftsinformatik Nr. 7/2001. 2001.
- Hellmann: 2002
Hellmann, W.: Klinische Pfade : Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen = Clinical pathways. Krankenhaus-Management professionell, Landsberg/Lech, ecomed 2002.
- Heym: 1993
Heym, M.: Methoden-Engineering : Spezifikation und Integration von Entwicklungsmethoden für Informationssysteme. 1993.
- Knorr et al.: 1999
Knorr, K.; Calzo, P.; Röhrig, S.; Teufel, S.: Prozessmodellierung im Krankenhaus. In: A.-W. Scheer; M. Nüttgens (Hrsg.): 4. Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik 1999. Electronic Business Engineering. 1999, S. 487-504.
- Lüngen et al.: 2003
Lüngen, M.; Lauterbach, K. W.; Lüngen, L.: DRG in deutschen Krankenhäusern : Umsetzung und Auswirkungen ; mit 44 Tabellen. Stuttgart [u.a.], 2003.
- Mühlbauer: 2004
Mühlbauer, B. H.: Prozessorganisation im DRG-geführten Krankenhaus. 1. Aufl., Weinheim, Wiley-VCH 2004.
- Myers: 1999
Myers, M. D.: Investigating Information Systems with Ethnographic Research. In: Communication of the AIS 2 (1999), S. 1-20.
- Patry: 1982
Patry, J.-L.: Laborforschung - Feldforschung. In: J.-L. Patry (Hrsg.): Feldforschung : Methoden und Probleme sozialwissenschaftlicher Forschung unter natürlichen Bedingungen. Huber, Bern [u.a.] 1982, S. 17-42.
- Scheer: 1990
Scheer, A.-W.: EDV-orientierte Betriebswirtschaftslehre : Grundlagen für ein effizientes Informationsmanagement. Springer-Lehrbuch, 4., völlig neu bearb. Aufl. Aufl., Berlin [u.a.], Springer 1990.
- Scheer: 2002
Scheer, A.-W.: ARIS: Vom Geschäftsprozeß zum Anwendungssystem. 4. Aufl., Berlin et al., Springer 2002.
- Scheer et al.: 1996
Scheer, A.-W.; Chen, R.; Zimmermann, V.: Prozeßmanagement im Krankenhaus. In: D. Adam (Hrsg.): SzU: Krankenhausmanagement. Bd. 59, Gabler, Wiesbaden 1996, S. 67-86.
- Schütte: 1997
Schütte, R.: Grundsätze ordnungsmäßiger Referenzmodellierung : Konstruktion konfigurations- und anpassungsorientierter Modelle. 1997.
- Sinz: 1998
Sinz, E. J.: Modellierung betrieblicher Informationssysteme: Gegenstand, Anforderungen und Lösungsansätze. In: K. Pohl; A. Schürr; G. Vossen (Hrsg.): Modellierung 1998, Workshop der Gesellschaft für Informatik e. V. (GI), 11.-13. März 1998. Münster 1998, S. 27-28.
- von Eiff et al.: 2001
von Eiff, W.; Ziegenbein, R.: Geschäftsprozeßmanagement. Methoden und Techniken für das Management von Leistungsprozessen im Krankenhaus. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung 2001.
- Zapp: 2002
Zapp, W. (Hrsg.): Prozeßgestaltung im Krankenhaus. Economica 2002.

Working Papers of the Research Group Information Systems & Management

- Paper 24: Sarshar, K.; Dominitzki, P.; Reichel, C.; Loos, P.: Krankenhausprozesse – Dokumentation erhobener Daten einer Feldstudie in einem Universitäts-Klinikum, Juni 2005.
- Paper 23: Theling, Th.; Loos P.: Klassifizierung von Methoden des Managements und Controllings dynamischer Netzwerke, Juni 2005.
- Paper 22: Loos, P.: Jahresbericht 2004, Februar 2005.
- Paper 21: Theling, Th.; Loos, P.; Sommerrock, T.: Marktübersicht zu ERP-Literatur, Februar 2005.
- Paper 20: Fettke, P.; Loos, P.: Entwicklung eines Bezugsrahmens zur Evaluierung von Referenzmodellen – Langfassung eines Beitrages, August 2004.
- Paper 19: Fettke, P.; Loos, P.: Systematische Erhebung von Referenzmodellen – Ergebnisse einer Voruntersuchung, August 2004.
- Paper 18: Theling, Th.; Loos, P.: Determinanten und Formen von Unternehmenskooperationen, Juli 2004.
- Paper 17: Fettke, P.: Overview of the Unified Modeling Language – Extension of an Article, Juli 2004.
- Paper 16: Fettke, P.; Loos, P.: Referenzmodellierungsforschung – Langfassung eines Aufsatzes, Juli 2004.
- Paper 15: Loos, P.: Tätigkeitsbericht 2003, Juli 2004.
- Paper 14: Deelmann, T.; Loos, P.: Vorschlag zur grafischen Repräsentation von Geschäftsmodellen, Juni 2004.
- Paper 13: Deelmann, T.; Loos, P.: Visuelle Methoden zur Darstellung von Geschäftsmodellen – Methodenvergleich, Anforderungsdefinition und exemplarischer Visualisierungsvorschlag, Dezember 2003.
- Paper 12: Scheer, C.; Deelmann, T.; Loos, P.: Geschäftsmodelle und internetbasierte Geschäftsmodelle – Begriffsbestimmung und Teilnehmermodell, Dezember 2003.
- Paper 11: Scheer, C.; Hansen, T.; Loos, P.: Erweiterung von Produktkonfiguratoren im Electronic Commerce um eine Beratungskomponente, August 2003.
- Paper 10: Loos, P.; Theling, Th.: Marktübersicht zu ERP-Literatur, Februar 2003.
- Paper 9: Fettke, P.; Loos, P.: Klassifikation von Informationsmodellen – Nutzenpotentiale, Methode und Anwendung am Beispiel von Referenzmodellen, November 2002.
- Paper 8: Bensing, S.; Fischer, T.; Hansen, T.; Kutzschbauch, S.; Loos, P.; Scheer, C.: Bankfiliale in der Virtuellen Realität - Eine Technologiestudie, Juli 2002.
- Paper 7: Deelmann, T.; Loos, P.: Entwurf eines Merkmal-Sets zur Beschreibung ausgewählter organisatorischer, funktionaler und ökonomischer Aspekte elektronischer Publikationen, Juni 2002.
- Paper 6: Fettke, P.; Langi, P.; Loos, P.; Thießen, F.: Modell eines virtuellen Finanzdienstleisters: Der Forschungsprototyp cofis.net 2, Juni 2002.
- Paper 5: Deelmann, T.; Loos, P.: Überlegungen zu E-Business-Reifegrad-Modellen und insbesondere ihren Reifeindikatoren, Dezember 2001.
- Paper 4: Fettke, P.; Loos, P.; Scheer, C.: Entwicklungen in der elektronischen Finanzdienstleistungswirtschaft, Dezember 2001.

- Paper 3: Fettke, P.; Loos, P.: Fachkonzeptionelle Standardisierung von Fachkomponenten mit Ordnungssystemen – Ein Beitrag zur Lösung der Problematik der Wiederauffindbarkeit von Fachkomponenten, Juli 2001.
- Paper 2: Loos, P.; Fettke, P.: Aspekte des Wissensmanagements in der Software-Entwicklung am Beispiel von V-Modell und Extreme Programming, Juli 2001.
- Paper 1: Fettke, P.; Loos, P.; Thießen, F.; Zwicker, J.: Modell eines virtuellen Finanzdienstleisters: Der Forschungsprototyp cofis.net 1, April 2001.