



**Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs-
und Stoffwechselkrankheiten e.V.**

MEGAREDO

**METABOLISCH-GASTROENTEROLOGISCHE
REHABILITATIONS-DOKUMENTATION**

Handbuch und Bedienungsanleitung

Version 2.0 vom 01.06.2003

MEGAREDO

Dokumentation in der Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

© GRVS - Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.

Der Nachdruck oder die Vervielfältigung ist nur vollständig zum eigenen Gebrauch gestattet. Jeder auszugsweise Nachdruck und jede auszugsweise Vervielfältigung bedarf der Zustimmung der Gesellschaft.

Version 2.0 vom 01.06.2003

Korrespondenz:
GRVS c/o Dr. H. Pollmann
Klinik Niederrhein
Postfach 100 763
D-53445 Bad Neuenahr
Tel.: +49 2641 751 2105
Fax: +49 2641 751 1962
Email: Klinik.Niederrhein@t-online.de

Inhalt

1	ÜBER DIESES HANDBUCH	7
1.1	VORBEMERKUNGEN	7
1.2	WIE BENUTZE ICH DAS HANDBUCH	7
2	MEGAREDO - DAS BASIS-DOKUMENTATIONS-SYSTEM.....	9
2.1	WAS IST MEGAREDO?	9
2.2	WARUM MEGAREDO?	9
2.3	WAS KANN MEGAREDO?.....	10
2.4	WELCHE VORTEILE BIETET MEGAREDO?	10
2.5	WAS KOSTET MEGAREDO?.....	10
3	MEGAREDO - DAS PROGRAMM	11
3.1	ALLGEMEIN	11
3.2	INSTALLATION	11
3.2.1	<i>Systemvoraussetzungen.....</i>	<i>11</i>
3.2.2	<i>Installation auf einem Einzelplatz-PC.....</i>	<i>11</i>
3.2.3	<i>Installation von MySQL und Anlegen der Datenbank</i>	<i>11</i>
3.2.4	<i>Installation der Java-Laufzeitumgebung</i>	<i>14</i>
3.2.5	<i>Installation der Megaredo-Programmdateien.....</i>	<i>14</i>
3.2.6	<i>Installation des ODBC- bzw. JDBC-Treibers</i>	<i>14</i>
3.2.7	<i>Einrichten von Megaredo</i>	<i>14</i>
3.3	INSTALLATION IM NETZWERK.....	16
4	BEDIENUNG DES PROGRAMMS.....	17
4.1	EINLEITUNG	17
4.2	DIE BENUTZEROBERFLÄCHE	17
4.2.1	<i>Allgemein.....</i>	<i>17</i>
4.2.2	<i>Das TreeView</i>	<i>17</i>
4.2.3	<i>Die Registerkarten.....</i>	<i>18</i>
4.2.4	<i>Filter einstellen.....</i>	<i>21</i>
4.2.5	<i>Menüs</i>	<i>23</i>
4.3	BESCHREIBUNG DER FUNKTIONEN	23
4.3.1	<i>Die Institutsdaten</i>	<i>23</i>
4.3.2	<i>Administration</i>	<i>24</i>
4.3.3	<i>Import/Export.....</i>	<i>24</i>
4.3.4	<i>Patienten.....</i>	<i>27</i>
4.3.5	<i>Patient xyz (Nachname, Vorname, Aufnahmeummer)</i>	<i>33</i>
4.4	SONSTIGES	34
4.4.1	<i>Daten anderer Institute</i>	<i>34</i>
5	MEGAREDO - DIE DOKUMENTATIONSBÖGEN.....	35
5.1	DAS BASISMODUL (B).....	35
5.1.1	<i>Einführung.....</i>	<i>35</i>
5.1.2	<i>Bogenstruktur.....</i>	<i>35</i>
5.1.3	<i>Anwendung.....</i>	<i>35</i>
5.1.4	<i>Datenerhebung.....</i>	<i>35</i>
5.1.5	<i>Items.....</i>	<i>36</i>
5.2	DAS MODUL OBERER GASTROINTESTINALTRAKT (O)	56
5.2.1	<i>Einführung.....</i>	<i>56</i>
5.2.2	<i>Bogenstruktur.....</i>	<i>56</i>
5.2.3	<i>Anwendung.....</i>	<i>56</i>
5.2.4	<i>Datenerhebung.....</i>	<i>56</i>
5.2.5	<i>Items.....</i>	<i>56</i>
5.3	DAS MODUL UNTERER GASTROINTESTINALTRAKT (U)	62
5.3.1	<i>Einführung.....</i>	<i>62</i>
5.3.2	<i>Bogenstruktur.....</i>	<i>62</i>

5.3.3	<i>Anwendung</i>	62
5.3.4	<i>Datenerhebung</i>	62
5.3.5	<i>Zusatzbögen</i>	62
5.3.6	<i>Items</i>	64
5.4	DAS MODUL DIABETES (D)	71
5.4.1	<i>Einführung</i>	71
5.4.2	<i>Bogenstruktur</i>	71
5.4.3	<i>Anwendung</i>	71
5.4.4	<i>Datenerhebung</i>	71
5.4.5	<i>Items</i>	71
5.5	DAS MODUL PARENCHYMATÖSE ORGANE (LEBER / GALLE / PANKREAS) (L)	86
5.5.1	<i>Einführung</i>	86
5.5.2	<i>Bogenstruktur</i>	86
5.5.3	<i>Anwendung</i>	86
5.5.4	<i>Datenerhebung</i>	86
5.5.5	<i>Items</i>	86
5.6	DAS ONKOLOGIE-MODUL (T).....	94
5.6.1	<i>Einführung</i>	94
5.6.2	<i>Bogenstruktur</i>	94
5.6.3	<i>Anwendung</i>	94
5.6.4	<i>Datenerhebung</i>	94
5.6.5	<i>Items</i>	94
5.7	DAS MODUL ESS-STÖRUNGEN	101
5.7.1	<i>Einführung</i>	101
5.7.2	<i>Bogenstruktur</i>	101
5.7.3	<i>Anwendung</i>	101
5.7.4	<i>Datenerhebung</i>	101
5.7.5	<i>Items</i>	101
5.8	DAS ARBEITSPLATZ-MODUL (A)	105
5.8.1	<i>Einführung</i>	105
5.8.2	<i>Bogenstruktur</i>	105
5.8.3	<i>Anwendung</i>	105
5.8.4	<i>Datenerhebung</i>	105
5.8.5	<i>Items</i>	105
6	DIE PATIENTENBEZOGENE AUSWERTUNG	107
7	DIE KLINIKEIGENE AUSWERTUNG	107
8	DIE KLINIKÜBERGREIFENDE AUSWERTUNG.....	108
9	DATENSICHERUNG	109
10	DATENSATZBESCHREIBUNG	110
10.1	INTERPRETATION DER DATENSATZBESCHREIBUNG	110
10.2	BESCHREIBUNG DER TABELLEN	111
10.2.1	<i>Tabelle: arbeitsplatz_patient_aufnahme</i>	111
10.2.2	<i>Tabelle: basisblatt_arzt_aufnahme</i>	111
10.2.3	<i>Tabelle: basisblatt_arzt_entlassung</i>	112
10.2.4	<i>Tabelle: basisblatt_patient_aufnahme</i>	114
10.2.5	<i>Tabelle: basisblatt_patient_entlassung</i>	116
10.2.6	<i>Tabelle: benutzer_nummer</i>	116
10.2.7	<i>Tabelle: diabetes_arzt_aufnahme</i>	117
10.2.8	<i>Tabelle: diabetes_arzt_entlassung</i>	117
10.2.9	<i>Tabelle: diabetes_patient_aufnahme</i>	118
10.2.10	<i>Tabelle: essen_patient_aufnahme</i>	119
10.2.11	<i>Tabelle: institut</i>	120
10.2.12	<i>Tabelle: kostentraeger_stamm</i>	120
10.2.13	<i>Tabelle: laborwerte_umrechnung</i>	121
10.2.14	<i>Tabelle: leber_arzt_aufnahme</i>	122

10.2.15	<i>Tabelle: leber_arzt_entlassung</i>	122
10.2.16	<i>Tabelle: mini_ires_prozentrangwerte</i>	123
10.2.17	<i>Tabelle: oberer_arzt_aufnahme</i>	123
10.2.18	<i>Tabelle: oberer_arzt_entlassung</i>	124
10.2.19	<i>Tabelle: oberer_patient_aufnahme</i>	125
10.2.20	<i>Tabelle: patienten</i>	125
10.2.21	<i>Tabelle: psycho_skalen</i>	126
10.2.22	<i>Tabelle: tumor_arzt_aufnahme</i>	127
10.2.23	<i>Tabelle: tumor_arzt_entlassung</i>	127
10.2.24	<i>Tabelle: tumor_patient_aufnahme</i>	128
10.2.25	<i>Tabelle: tumor_patient_entlassung</i>	129
10.2.26	<i>Tabelle: unterer_arzt_aufnahme</i>	130
10.2.27	<i>Tabelle: unterer_arzt_entlassung</i>	130
10.2.28	<i>Tabelle: unterer_patient_aufnahme</i>	131
10.3	BESCHREIBUNG DER FORMATE BEI IMPORT/EXPORT	131
10.3.1	<i>Export: ADDK-Datensatz</i>	131
10.3.2	<i>Export: Module</i>	132
10.3.3	<i>Import: Patientenstammdaten</i>	133

1 Über dieses Handbuch

1.1 Vorbemerkungen

Die im Handbuch gemachten Angaben erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und unterliegen einer ständigen Überarbeitung und Ergänzung.

MEGAREDO kann als Stand-Alone(Einzelplatz)-Anwendung genutzt werden. Der Nutzer erhält hierdurch die Vorteile der standardisierten Datenerhebung und des daraus resultierenden Qualitätsmanagements. Erkauft wird dieser Vorteil aber durch einen zusätzlichen Zeitaufwand für Datenerhebung, -eingabe und -auswertung. Darüber hinaus führt dies zu redundanten Dateneingaben, da die Patienten-Stammdaten erneut in MEGAREDO eingegeben werden müssen, obwohl sie (in den meisten Einrichtungen) bereits in der DV-gestützten Patientenverwaltung vorhanden sind und auch die in MEGAREDO enthaltenen Daten erneut für den Reha-Entlassungsbericht erfasst werden müssen.

Den vollen Funktionsumfang des Programms und damit ein im wesentlichen aufwandneutrales Qualitätsmanagementsystem erhält der Nutzer erst bei Implementierung in einem Netzwerk mit

- Übernahme der Patienten-Stammdaten aus der Verwaltungs-DV und
- Export der MEGAREDO-Daten in den einheitlichen Reha-Entlassungsbericht.

Hierfür sind Vorarbeiten zu leisten, die in diesem Handbuch beschrieben werden.

Falls Sie Fehler im Handbuch oder Programm entdecken, melden Sie diese bitte per email an die Adresse Megaredo@grvs.de. Auch Kritik und Anregungen sind willkommen!

Nähere Informationen zu bekannten Fehlern im Programm und zu Weiterentwicklungen finden Sie auf unseren Internet-Seiten unter <http://www.grvs.de>. Hier können Sie auch neuere Programmversionen und Weiterentwicklungen dieses Handbuchs downloaden.

1.2 Wie benutze ich das Handbuch

Dieses Handbuch beschreibt

- die Eigenschaften des MEGAREDO-Systems (Kapitel 2)
- die Installation des Programms (Kapitel 3.2)
- die notwendigen Vorarbeiten zur Schaffung der Schnittstellen zur Patienten-Datenverwaltung und zum Entlassungsbericht (Kapitel 3.9 bis 3.11)
- die wesentlichen Funktionen des Programms (Kapitel 3.3 bis 3.8)
- die Nutzung und Eingabe der Dokumentationsbögen (Kapitel 4)
- die Auswertungen (Kapitel 5 bis 7).

Bei der Beschreibung der Dokumentationsbögen wurde zu jedem Item zunächst das Ausfüllen der Bögen durch Arzt und Patient erläutert, diese Angaben sind in der Standardschriftart dieses Handbuchs („Arial“) gemacht.

Danach finden sich zu jedem Item Hinweise zur Dateneingabe in das MEGAREDO-Programm. Diese Hinweise sind im Gegensatz zu den Ausfüllhinweisen in der Schriftart „Times New Roman“ gedruckt.

Wenn im Handbuch auf Programmfunktionen wie {Menüpunkte} oder {Schaltflächen} hingewiesen wird, sind diese Funktionen in geschweifte Klammern gesetzt.

Tasten, die auf der Tastatur betätigt werden sollen, werden in eckige Klammer gesetzt, z.B. [Return]-Taste.

2 MEGAREDO - Das Basis-Dokumentations-System

2.1 Was ist MEGAREDO?

MEGAREDO ist ein Dokumentationssystem für die Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. MEGAREDO ist keine Fragebogen-Sammlung im üblichen Sinne sondern ein EDV-basiertes Dokumentationssystem.

MEGAREDO steht für

Metabolisch-
GAstroenterologische
Rehabilitations-
DOkumentation.

Es ist aufgebaut als modulares System (Basisblätter und verschiedene organ-/problembezogene Erhebungsblätter) zur Überprüfung und Verbesserung des Qualitätsmanagements. Dieses System ist zugeschnitten auf die klinischen Belange und Routinen einer Rehaeinrichtung; d.h. es sind einerseits gängige Klassifikationssysteme, Skalen und Indizes (z.B. IRES-MIN, CAGE, GIQL usw.) integriert, andererseits werden bereits existierende Dokumentationsanleitungen und Leitfäden (z.B. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbrief, Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale - Peer Review Verfahren usw.) mit berücksichtigt. Alle reha-relevanten Punkte werden sowohl aus der Sicht des Arztes, als auch aus der Sicht des Patienten erfaßt.

Derzeit sind folgende Module verfügbar:

- Basis
- Diabetes
- Onkologie
- Oberer Gastrointestinaltrakt
- Untere Gastrointestinaltrakt
- Leber-Galle-Pankreas
- Essstörungen (Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie)
- Arbeitsplatzprobleme

Die GRVS e.V. liefert mit MEGAREDO nicht nur die Definition der Datensätze, sondern auch eine unter Windows 9x, NT, 2000, XP lauffähige Datenbankanwendung, mit deren Hilfe die Fragebögen gedruckt sowie die Daten eingegeben und ausgewertet werden können. Dieses Programm kann die Patienten-Stammdaten aus anderen Programmen importieren. Die Benutzung dieses Programms ist optional, MEGAREDO kann ebenso in eine vorhandene Datenbankanwendung integriert werden. Das MEGAREDO-Programm wird von der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. entwickelt und interessierten Nutzern unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

2.2 Warum MEGAREDO?

Erhebliche Schwierigkeiten hatte die Rehabilitation in der Vergangenheit damit, die von ihr erbrachten Leistungen überzeugend darzustellen. Es fehlte ein Instrument, mit dem Art und Umfang der Rehabilitation in der Gastroenterologie belegt werden kann und das in der Lage ist, entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell die körperlichen, psychischen und sozialen Probleme der Patienten und deren Behandlung zu erfassen. Dies soll sich mit MEGAREDO ändern. Eine Projektgruppe der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. hat ein gemeinsames Dokumentationssystem für Kliniken entwickelt, die in der gastroenterologischen Reha tätig sind. Die Dokumentation soll ökonomisch sein und so weit wie möglich den Patienten einbeziehen. Im Bereich der metabolisch-gastroenterologischen Rehabilitation allgemein akzeptierte Einteilungen, Indizes und Scores (z.B. IRES, Child-Score, CAGE-Fragebogen, FBK etc.) sind berücksichtigt worden. Es will

Veränderungen auf den drei Ebenen Impairment, Disability und Handicap ebenso erfassen wie die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Rehabilitation. Die Daten aller beteiligten Einrichtungen sollen anonymisiert in einen gemeinsamen Datenpool fließen, der vergleichende Auswertungen erlaubt.

2.3 Was kann MEGAREDO?

- Klinikinterne Auswertung der Daten durch Export der Arzt- und Patientenangaben in allgemein gebräuchliche Datenformate (SPSS, Excel, Access, Dbase etc.) und Erstellung von Statistiken mit entsprechender Statistiksoftware (SPSS, Systat, SAS etc.).
- Erstellen klinikübergreifender Auswertungen durch Übermittlung der anonymisierten Daten an die GRVS.
- Datenexport aus MEGAREDO zur Integration in den Entlassungsbericht ohne Diktat oder Abschrift bzw. in die Schlüsselfelder von Blatt 1 und 1a des einheitlichen Entlassungsbriefes.
- Aus den verschiedenen Modulanteilen, nämlich Basisblatt und organ-/problembezogene Erhebungsblätter, wird ein „Problembblatt“ für den Klinikalltag erstellt, das die wichtigsten Informationen, Items und Scores auf einer Seite übersichtlich zusammenfaßt und die praktische Arbeit im Reha-Alltag unterstützt.

2.4 Welche Vorteile bietet MEGAREDO?

MEGAREDO

- enthält alle standardisierten Schlüsselfelder des einheitlichen ärztlichen Entlassungsberichts des VDR und kann in die Entlassungsberichtsbeschreibung integriert werden
- kann Patientenprofile drucken, die dem Arzt/Therapeuten einen schnellen Überblick über Auffälligkeiten geben, z.B. krankheitsbezogene Angst, Depression
- bei Diabetikern: Erstellung des Diab-Care-Bogens
- bei onkologischen Patienten: Befindlichkeitsangaben
- bei Leberpatienten: Child-Kriterien
- erhebt beim Arzt und Patienten die Reha-Ziele und erfasst den Zielerreichungsgrad
- unterstützt die interne und externe Qualitätssicherung durch die Möglichkeit, die Ergebnisse der eigenen Klinik im Längsschnitt miteinander und im Querschnitt mit denen anderer Kliniken zu vergleichen
- verbessert die Kliniksteuerung, weil es neben einer Diagnosenstatistik einen umfassenden Überblick über den Schweregrad der Erkrankungen und die Leistungen der Klinik liefert

2.5 Was kostet MEGAREDO?

Das Datenbankprogramm MEGAREDO wird von der GRVS kostenlos zur Verfügung gestellt. Kosten fallen ggf. lediglich für die Erstellung der Schnittstellen zur vorhandenen EDV und Arztbriefschreibung an, die von jeder Einrichtung selbst getragen werden müssen. Einige vergleichende Standardauswertungen der Daten aller Kliniken, die sich an MEGAREDO beteiligen, werden ebenfalls kostenlos erstellt. Auf Wunsch können weitere Auswertungen durchgeführt werden, für die der Arbeitsaufwand in Rechnung gestellt wird.

3 MEGAREDO - Das Programm

3.1 Allgemein

Das Programm wurde mit der Programmiersprache Java entwickelt und wird Ihnen als Run-Time Version zur Verfügung gestellt.

Die Eingabemasken sind für eine Bildschirmauflösung von mindestens 800 x 600 Bildpunkten entwickelt worden. Ist auf Ihrem PC eine niedrigere Auflösung eingestellt, werden die Eingabemasken nicht vollständig dargestellt. Ist dies der Fall, sollten Sie die Bildschirmauflösung erhöhen.

Die Ausdrücke sind für einen Drucker mit einer Auflösung von 600 x 600 dpi ausgelegt. Sollte Ihr Drucker mit einer niedrigeren Auflösung drucken, dann sind die Ausdrücke unvollständig. Es ist zu empfehlen, auf Grund der Menge der Ausdrücke einen Laserdrucker zu benutzen (Druckgeschwindigkeit, Auflösung usw.)

3.2 Installation

3.2.1 Systemvoraussetzungen

Sie benötigen für die Installation einen Pentium-II-PC oder höher. Megaredo 2.0 ist sowohl auf einem Einzelplatz-PC, als auch im Netzwerk lauffähig. Es läuft unter Windows 95/98/98SE/ME/NT(Service Pack 3 oder höher)/2000/XP.

3.2.2 Installation auf einem Einzelplatz-PC

Das TCP/IP-Protokoll muss auf dem System installiert sein. Für die Installation von Megaredo benötigen Sie:

- Einen Datenbankserver, z.B. MySQL aus dem Internet bzw. von der Megaredo-CD-ROM
- Eine Java-Laufzeitumgebung aus dem Internet bzw. von der Megaredo-CD-ROM
- Einen JDBC oder ODBC-Treiber aus dem Internet bzw. von der Megaredo-CD-ROM
- Die Megaredo-Programmdateien aus dem Internet bzw. von der Megaredo-CD-ROM

Die hier gemachten Ausführungen wurden mit MySQL Version 3.23.55 getestet. Bitte melden Sie Fehler und Abweichungen, falls Sie beim Nachvollziehen der Anleitung auf solche stoßen.

3.2.3 Installation von MySQL und Anlegen der Datenbank

Megaredo 2.0 setzt einen installierten Datenbankserver voraus. Wenn Sie keinen solchen Datenbankserver installiert haben, können Sie das kostenlos im Internet erhältliche Programm MySQL installieren. MySQL gibt es sowohl für Linux, als auch für Windows. Laden Sie sich von www.mysql.com die Version für Windows herunter. Es handelt sich um ein im ZIP-Format gepacktes Archiv. Dieses entpacken Sie mit einem entsprechenden Programm, z.B. WinZip, in ein temporäres Verzeichnis auf Ihrer Festplatte, das Sie nach erfolgreicher Installation später wieder löschen können, z.B. C:\TEMP\MYSQL. Nach dem Entpacken finden Sie in diesem Verzeichnis das Installationsprogramm SETUP.EXE, das Sie bitte ausführen. Der Datenbankserver MySQL befindet sich auch auf der MEGaREDO-CD im Verzeichnis MySQL.

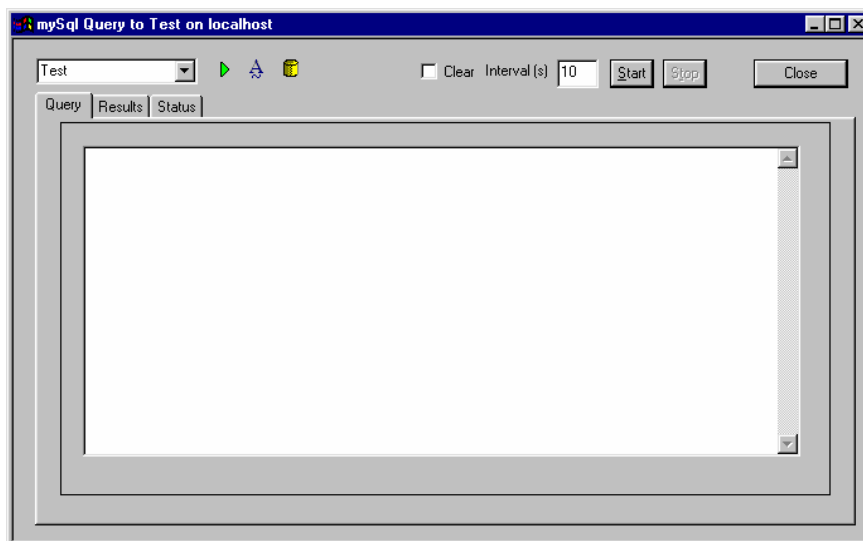
Nach Starten der SETUP.EXE bestätigen Sie die nächsten Abfragen indem Sie auf den Button „next“ klicken und wählen Sie das Verzeichnis aus, in das die Programmdateien von

MySQL installiert werden sollen. Standardmäßig wird c:\mysql vorgeschlagen, was Sie in der Regel übernehmen können. Im nächsten Dialog können Sie zwischen drei Formen der Installation auswählen, „Typical“, „Compact“ und „Custom“. Müssen Sie auf Ihrer Festplatte Platz sparen, wählen Sie die „Compact“-Version, ansonsten „Typical“. Beenden Sie die Installation, indem Sie die Buttons „Next“ und schließlich „Finish“ anklicken.

Im Verzeichnis MySQLCC auf der MEGAREDO-CD finden Sie das MySQL-Control-Center, welches Sie mit der SETUP.EXE installieren. Mit diesem Control-Center können Sie komfortabel eine neue Datenbank anlegen. Das Programm wird standardmäßig in das Verzeichnis C:\MySQLCC installiert.

Anschließend starten Sie den Windows Explorer und wechseln ins Verzeichnis c:\mysqlcc. Wenn Sie das MySQL-Control-Center auf einem anderen Laufwerk oder in ein anderes Unterverzeichnis installiert haben, passen Sie den Pfad bitte entsprechend an. Dort starten Sie das Programm MySQLCC.EXE. Im linken Fenster klicken Sie mit der rechten Maustaste auf das Wort Databases und wählen „New“. Geben Sie in der folgenden Maske den Namen megaredo für die neue Datenbank ein und bestätigen Sie mit OK. Daraufhin wird die Datenbank megaredo erzeugt. Es handelt sich zunächst noch um eine leere Datenbank ohne Tabellen. Diese werden später von Megaredo erzeugt.

Nun müssen Sie noch die Nutzerrechte für die Megaredo-Datenbank vergeben. Dazu markieren Sie die neue MEGAREDO-Datenbank und klicken auf den SQL-Button.



Es öffnet sich obiges Fenster, in dem Sie bitte folgenden Befehl eingeben:

```
grant all privileges on megaredo.* to Benutzer@localhost identified by "Passwort" with grant option
```

An Stelle von „Benutzer“ und „Passwort“ setzen Sie natürlich den Benutzernamen und das Passwort des Datenbankadministrators ein. Achten Sie hier bitte genau auf die Schreibweise und schließen Sie die Befehlszeile mit Return ab. In diesem Befehl muss das Passwort in Anführungszeichen gesetzt werden! Bei Benutzernamen und Passwort unterscheidet das System Groß- und Kleinbuchstaben. Führen Sie diesen Befehl aus, indem Sie auf das rote Ausrufezeichen klicken. Damit haben Sie dem Benutzer „Benutzer“ mit dem Passwort „Passwort“ alle Rechte für die Megaredo-Datenbank gegeben. Es öffnet sich das Fenster „Results“. Wenn dort keine Fehlermeldung erscheint, hat der Befehl funktioniert.

Um einen normalen Nutzer mit eingeschränkten Rechten anzulegen wechseln Sie wieder ins Fenster „Query“ und geben folgenden Befehl ein:

grant select, insert, update on megaredo.* to Benutzer@localhost identified by "Passwort"

wobei Sie statt Benutzer und Passwort natürlich die individuellen Daten eintippen. Führen Sie diesen Befehl ebenfalls durch einen Klick auf den grünen Pfeil aus.

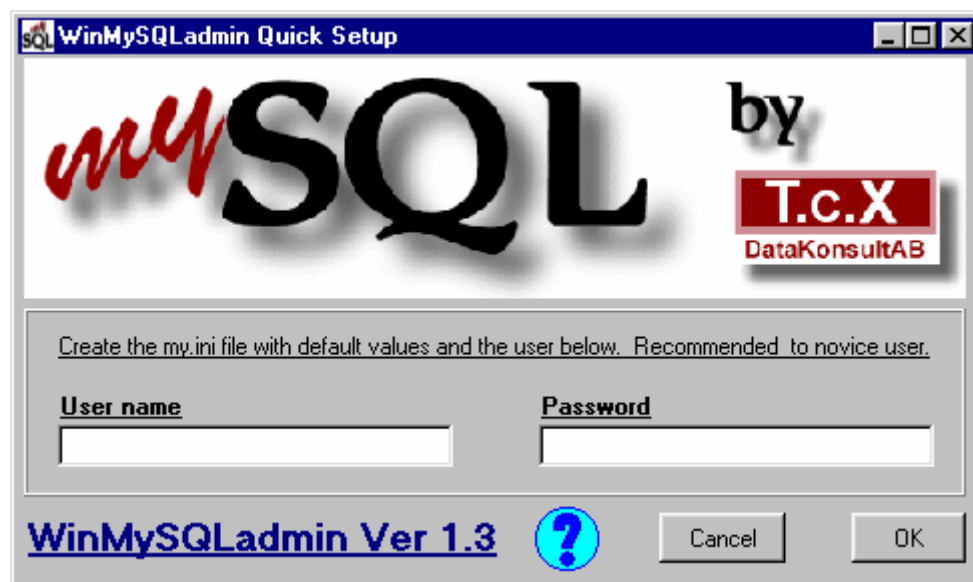
Sie können einem Benutzer seine Rechte wieder entziehen indem Sie folgenden Befehl eingeben:

revoke select, insert, update on megaredo.* from Benutzer@localhost

Der Benutzer wird dadurch jedoch nicht gelöscht, sondern bleibt bestehen, bis Sie ihn mit einem delete-Befehl löschen.

Anschließend beenden Sie das Control-Center.

Dann starten Sie im Verzeichnis C:\MySQL\bin das Programm WinMySQLadmin. Beim ersten Programmstart werden Sie nach dem Benutzernamen (User name) und einem Passwort (Password) für den Datenbankadministrator gefragt.



Bitte geben Sie hier den definierten Benutzernamen und das Passwort für den Administrator der Datenbank ein und bestätigen Sie durch Klick auf „ok“. Das Fenster verschwindet vom Bildschirm und legt sich als Ampel-Symbol im Systray unten rechts ab. Der Datenbankserver ist aktiv, wenn die Ampel grün zeigt. (Anmerkung: Standardmäßig wird eine Verknüpfung zu WinMySQLadmin in den Autostart-Ordner des Startmenüs eingetragen und dadurch bei jedem Start von Windows automatisch ausgeführt. Wenn man diese Verknüpfung von dort aus auf den Desktop zieht, startet WinMySQLadmin nicht mehr automatisch, sondern muss vor jedem Start von Megaredo manuell ausgeführt werden. Dies ist dann sinnvoll, wenn man nur gelegentlich mit Megaredo arbeiten möchte und seinen Arbeitsspeicher nicht unnötig mit diesem Modul belasten möchte. Die Verknüpfung im Autostart-Ordner lässt sich leicht wieder herstellen indem man in WinMySQLadmin auf die Registerkarte „my.ini Setup“ und anschließend auf den Button „Create ShortCut on Start Menu“ klickt.)

Der Datenbank-Server für die MEGAREDO-Datenbank ist nun aktiv.

3.2.4 Installation der Java-Laufzeitumgebung

Megaredo setzt eine Java-Laufzeitumgebung (runtime-engine) voraus. Diese bekommen Sie im Internet kostenlos unter java.sun.com. Gegenwärtig aktuell ist die Version 1.4. Laden Sie sich die Version für Windows herunter und führen Sie das Installationsprogramm aus. Die Version 1.4 befindet sich auch auf der Megaredo-CD.

3.2.5 Installation der Megaredo-Programmdateien

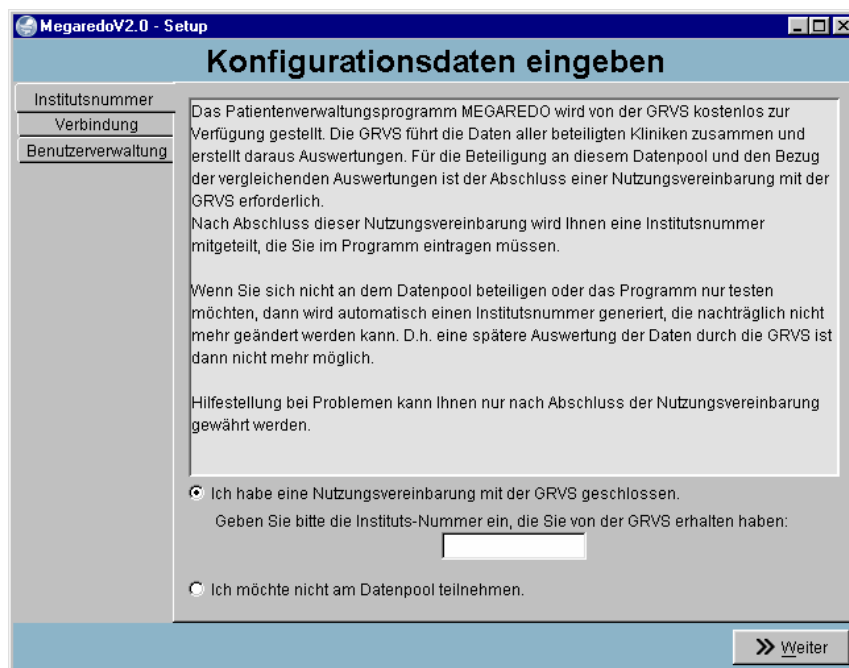
Nun können Sie Megaredo installieren indem Sie die Megaredo-Programmdateien aus dem Archiv megaredo.zip oder aus dem Verzeichnis \megaredo auf der CD in ein Verzeichnis auf Ihrer Festplatte kopieren, z.B. ins Verzeichnis C:\Megaredo.

3.2.6 Installation des ODBC- bzw. JDBC-Treibers

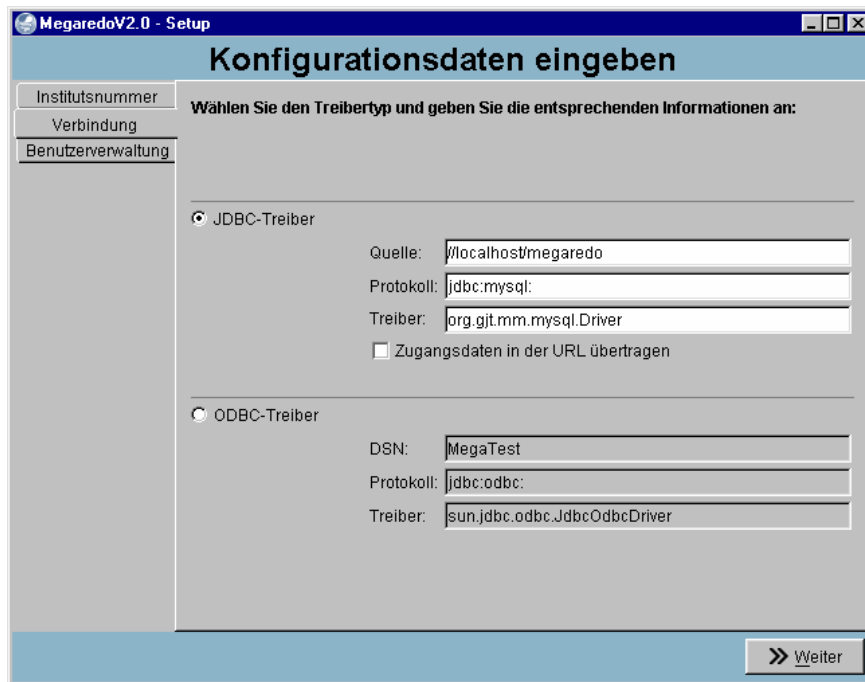
Sie können wahlweise entweder mit einer ODBC- oder einer JDBC-Verbindung arbeiten. Den JDBC-Treiber installieren Sie, indem Sie den kompletten Pfad in das Programmverzeichnis von Megaredo (z.B. C:\Megaredo) kopieren. Den ODBC-Treiber installieren Sie, indem Sie die Dateien in ein beliebiges temporäres Verzeichnis extrahieren und das Setup-Programm ausführen.

3.2.7 Einrichten von Megaredo

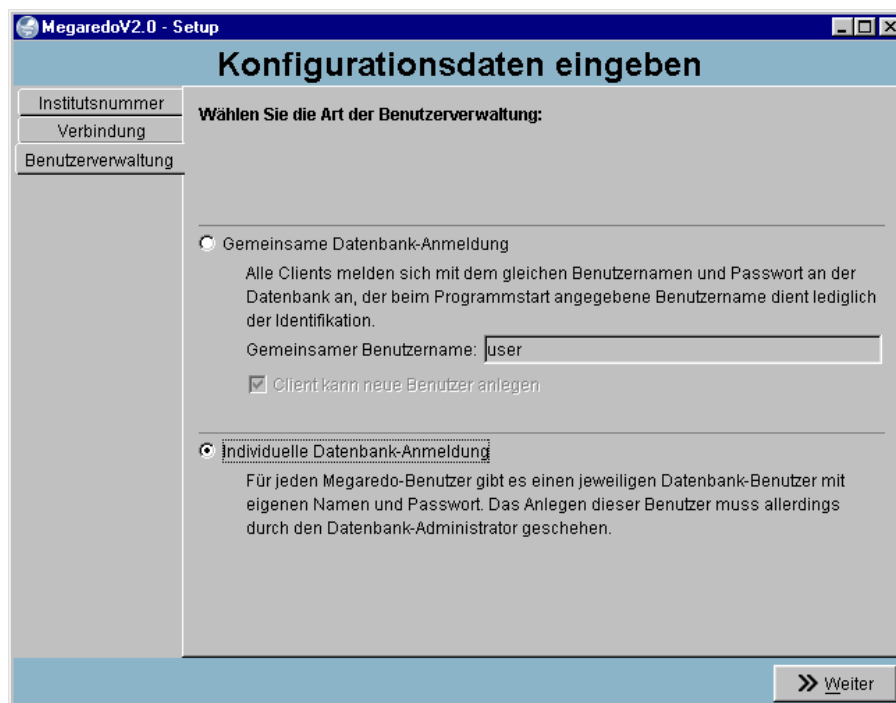
Führen Sie im Programmverzeichnis von Megaredo (z.B. C:\Megaredo) das Programm Setup aus. Nehmen Sie dort die nachfolgend beschriebenen Eintragungen vor.



Zunächst tragen Sie Ihre Institutsnummer ein, die Sie von der GRVS bekommen haben bzw. wählen die Option, dass Sie nicht am Datenpool teilnehmen möchten. Klicken Sie anschließend bitte nicht auf „Weiter“, sondern auf die Registerkarte „Verbindung“ oben links. Dadurch gelangen Sie in den nächsten Dialog, in dem Sie die Verbindungsdaten angeben. Wenn Sie einen JDBC-Treiber verwenden, sind die Angaben in der nachfolgenden Abbildung gültig. Achten Sie bitte genau auf die Schreibweise! Groß- und Kleinbuchstaben werden vom Programm unterschieden.



Wenn Sie alle Eintragungen vorgenommen haben, klicken Sie die Registerkarte „Benutzerverwaltung“ oben links an. Dadurch gelangen Sie in den nächsten Dialog. Hier können Sie auswählen, ob sich alle Nutzer mit demselben Namen anmelden und ob die Benutzer selbst weitere Nutzer anlegen dürfen. Aus Sicherheitsgründen raten wir dazu, die Option „Individuelle Anmeldung“ auszuwählen, die Benutzerrechte in MySQL zu verwalten und das Anlegen von Nutzern in Megaredo nicht zuzulassen (siehe nächste Abbildung).



Nachdem Sie alle Eintragungen in allen drei Fenstern vorgenommen haben, klicken Sie auf „Weiter“. Geben Sie im folgenden Dialog bitte Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort ein, die Sie als Datenbankadministrator gewählt haben und klicken Sie auf „Login“.



Es erscheinen nun einige Warnungen bzw. Meldungen, dass Tabellen fehlen, vom Programm angelegt und Daten importiert werden. Bestätigen Sie alle diese Meldungen indem Sie jeweils auf „ok“ klicken und schließen Sie die Programmeinrichtung durch Klicken auf „Fertig“ ab. Nun können Sie mit der Arbeit in Megaredo beginnen. Starten Sie dazu das Programm Megaredo im Megaredo-Programmverzeichnis (z.B. C:\Megaredo) und loggen Sie sich als Administrator ein. Im Menüpunkt „Administration“ nehmen Sie bitte die Eintragungen wie Klinikadresse etc. vor.

Beim erstmaligen Anmelden eines neuen normalen Nutzers starten Sie wiederum Megaredo aus dem Megaredo-Programmverzeichnis und loggen sich mit dem Namen und Passwort als „Neuer Nutzer“ in die Datenbank ein. Als Administrator können Sie auch neue Benutzer unter Megaredo anlegen (Menüpunkt Benutzerverwaltung). Beachten Sie hierbei bitte, dass Sie die Eingabe eines neuen Benutzers mit der Return-Taste bestätigen müssen, weil die Daten sonst nicht gespeichert werden.

3.3 Installation im Netzwerk

Dieses Kapitel wird mit der nächsten Handbuch-Version folgen.

4 Bedienung des Programms

4.1 Einleitung

Mit dieser Dokumentation soll die Funktionalität des Programms Megaredo 2.0 beschrieben werden. Dabei geht es nicht um die Inhalte der Dokumentationsdaten, sondern um die Möglichkeiten, die das Programm zur Datenerfassung und Verwaltung bietet. Die Struktur der Dokumentation folgt der Anordnung der Funktionen in der Baumstruktur.

4.2 Die Benutzeroberfläche

4.2.1 Allgemein

Nach dem Login präsentiert sich Megaredo 2.0 mit einer Benutzeroberfläche, die aus einer Menüleiste, einer Baumstruktur (TreeView) auf der linken Bildschirmseite und aus einer oder mehrerer Registerkarten auf der rechten Bildschirmseite besteht.

Das Fenster verfügt in der Titelleiste über die windowsüblichen Schaltflächen Minimieren, Maximieren/Verkleinern und Schließen.

Die horizontale Größe des TreeViews bzw. der Registerkarten kann mittels Drag and Drop auf den vertikalen Fenstersplitter verändert werden, wobei die minimale bzw. maximale Größe des TreeViews fest definiert ist.

Für die Veränderung der Größe positioniert man den Mauszeiger auf die vertikale Linie zwischen TreeView und Registerkarte – der Mauszeiger verändert sich in einen doppelten Pfeil – Klicken und festhalten – Maus nach rechts bzw. links verschieben – loslassen.

Sind nicht alle Informationen auf einer Registerkarte sichtbar, dann wird ein horizontaler oder vertikaler Rollbalken eingefügt.

Ein horizontaler Rollbalken in einer Registerkarte und damit mühseliges hin- und herschieben mit der Maus lässt sich gegebenenfalls umgehen, wenn man die Größe des TreeViews verkleinert.

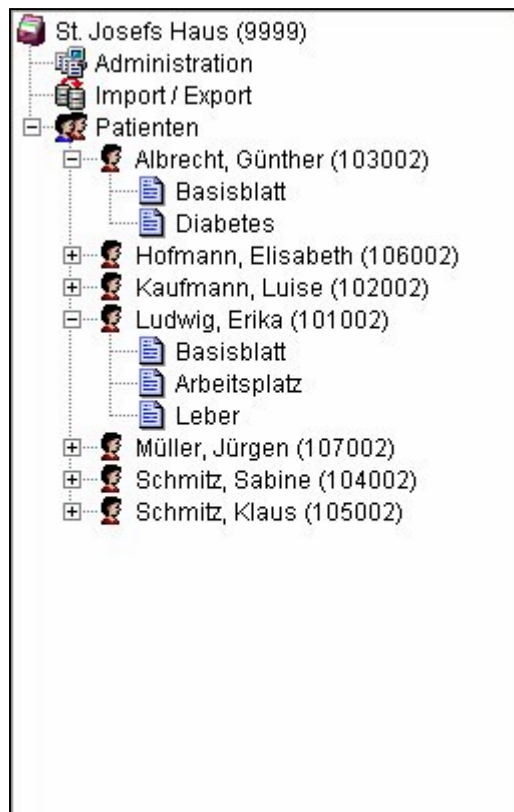
4.2.2 Das TreeView

Das TreeView ist die zentrale Schnittstelle zum Arbeiten mit Megaredo 2.0, alle Aufgaben können mit dem TreeView erledigt werden. Nachfolgend wird die grundsätzliche Arbeitsweise eines TreeViews erläutert, da dieses vielseitig einsetzbare Steuerelement auch noch an anderer Stelle Verwendung findet.

Das TreeView ist eine strukturierte Darstellung als Baum, der sich immer weiter verzweigt, nur das er hier sich nicht von unten nach oben, sondern horizontal von links nach rechts verzweigt wird. Ausgangspunkt ist ein Stammknoten. Einen Stammknoten erkennt man daran, dass ihm ein umrandetes Pluszeichen vorangestellt ist. Eine Ausnahme ist der erste Stammknoten, ihm ist kein Pluszeichen vorangestellt und er ist immer geöffnet. Ein Stammknoten kann einen oder mehrere Strukturknoten enthalten, die dem Stammknoten untergeordnet sind. Die Strukturknoten können ihrerseits wiederum Stammknoten sein.

Ein Stammknoten wird mit einem Klick auf das Pluszeichen geöffnet und alle untergeordneten Strukturknoten werden angezeigt. Einem geöffneten Stammknoten ist ein umrandetes Minuszeichen vorangestellt. Mit einem Klick auf das Minuszeichen kann der Stammknoten geschlossen werden. Neben dem Strukturknoten können Bilder angezeigt werden, die deutlich machen, dass dieser Strukturknoten einer bestimmten Gruppe angehört oder einen vorher definierten Zustand hat.

Die Verzweigungen werden mit gestrichelten Linien zwischen den Strukturknoten und den untergeordneten Knoten graphisch verdeutlicht. Ein Strukturknoten kann mit einem Klick auf die Bezeichnung ausgewählt werden. Welche Auswahl getroffen wurde erkennt man daran, dass der Strukturknoten gelb unterlegt ist.



In Megaredo 2.0 ist das TreeView nach der Installation folgendermaßen strukturiert: Es gibt einen Stammknoten mit einer Bezeichnung, die sich aus dem Namen des Instituts und der Institutsnummer zusammensetzt. Dieser Stammknoten ist immer geöffnet.

Als untergeordnete Knoten sind die Strukturknoten Administration, Import/Export und Patienten vorhanden.

Der Stammknoten Patienten enthält alle Patienten mit Nach- und Vorname und Aufnahme-Nr. ebenfalls als Stammknoten. In diesem Knoten befinden sich wiederum alle Problembereiche, die für diesen Patienten angelegt wurden.

Wird einer dieser Knoten ausgewählt, dann werden auf der rechten Bildschirmseite entsprechende Registerkarten angezeigt.

4.2.3 Die Registerkarten

In diesem Abschnitt soll die Arbeitsweise der Registerkarten allgemein beschrieben werden. Die Registerkarteninhalte die das Programm Megaredo 2.0 betreffen werden nachfolgend beschrieben. Registerkarteninhalte, die die Dokumentationsdaten betreffen, werden an anderer Stelle beschrieben.

4.2.3.1 Allgemein

Jede Registerkarte besitzt ein Symbol und eine Bezeichnung für den Inhalt. In Megaredo 2.0 sind Registerkarten enthalten mit denen man Aktionen ausführen kann (zum Beispiel das Drucken von Modulbögen) oder Formulare für die Datenerfassung (zum Beispiel Institutsdaten, Patientendaten usw.). Wird zu einem Knotenpunkt aus dem TreeView mehr als eine Registerkarte angezeigt, dann können die anderen Registerkarten mit einem Klick auf die Bezeichnung ausgewählt werden.

Die Registerkarte verfügt immer über einen Titelbereich der blau unterlegt ist, einen Detailbereich der grau unterlegt ist und einen Fußbereich der ebenfalls blau unterlegt ist. Der Titelbereich gibt den Sinn und Zweck der Registerkarte an, so z.B. Patientendaten bearbeiten, Modulbögen drucken usw. Im Detailbereich ist die eigentliche Aufgabe der Registerkarte definiert, so z.B. das zur Verfügung stellen von Eingabefeldern zur Erfassung von Patientendaten, Einstellen von Optionen für das Drucken von Modulbögen, es werden aber auch Informationen für den Benutzer auf den Registerkarten zur Verfügung gestellt. Im Fußbereich der Registerkarte befinden sich Schaltflächen, die Aktionen für diese Registerkarten auslösen z.B. der Auftrag zum Drucken, das Speichern von erfassten Daten.

4.2.3.2 Registerkarten zur Datenerfassung

Wurde eine Registerkarte zur Datenerfassung ausgewählt (z.B. Patienten bearbeiten) befindet sich die Registerkarte zunächst in einem schreibgeschützten Modus. Es können keine Eingaben gemacht werden, die Felder sind grau unterlegt. Im Fußbereich steht die Schaltfläche Bearbeiten zur Verfügung. Nach einem Klick auf die Schaltfläche ändert sich der Modus der Registerkarte von schreibgeschützt in beschreibbar. Es ist eine Erfassung möglich, die Felder sind weiß hinterlegt und im Fußbereich werden die Schaltflächen Speichern, Zurücksetzen und Abbrechen angezeigt. Bei den Registerkarten zur Erfassung der Daten aus den Modulbögen, wird zusätzlich die Schaltfläche 'Quick' angezeigt.

Ein Eingabefeld wird ausgewählt mit einem Klick auf das Feld oder über die Tastatur mit der Tab-Taste bis der Cursor das gewählte Feld erreicht hat. Bei der Neueingabe von Daten ist das Wandern zwischen den Feldern mit der Tab-Taste über die Tastatur dem Klicken mit der Maus vorzuziehen, da schneller. Für die Eingabe der Daten stehen eine Reihe von Steuerelementen zur Verfügung.

<p style="text-align: center;">Feld</p> <p>Aufnahmenummer: <input type="text"/></p>	<p>In diesem Feld kann ein Wert eingetragen werden.</p>
<p style="text-align: center;">Drop-Down-Liste</p> <p>Geschlecht: <input type="text" value="M Männlich"/> <div> ? Nicht bekannt M Männlich W Weiblich </div></p>	<p>In diesem Feld kann nur ein Wert aus der Liste ausgewählt werden. Das Feld ist ausgewählt, wenn es dunkelblau hinterlegt ist. Mit der Tastatur kann ein Wert über die Cursor-Taste nach unten oder, wenn bekannt, über die Eingabe der ersten Zeichen des Wertes aus der Liste ausgewählt werden. Wird das Feld mit der Maus bearbeitet, dann wird die Liste mit einem Klick nach unten erweitert und ein Wert kann ausgewählt werden.</p>
<p style="text-align: center;">Optionsschaltfläche</p> <p><input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>Für diese Gruppe von Optionen kann immer nur eine Option ausgewählt werden. Wird eine andere Option ausgewählt, dann wird die vorhergehende gelöscht. Soll eine bereits gewählte Option für eine Gruppe zurückgenommen werden, das heißt keine der Optionen ist zutreffend, dann kann diese durch die erneute Auswahl der Option gelöscht werden. Mit der Tastatur kann eine Option mit der Leer-Taste ausgewählt werden. Mit der Maus, durch einen Klick auf die entsprechende Option.</p>
<p style="text-align: center;">Kontrollkästchen</p> <p>Empfohlene Massnahmen:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe</p> <p><input type="checkbox"/> Spezielle Nachsorge</p>	<p>Kann mit der Tastatur über die Leer-Taste ausgewählt werden. Mit einem Klick auf das Kästchen oder den Bezeichner wird der Wert ausgewählt. Eine Rücknahme ist durch erneute Auswahl möglich.</p>

Sind Felder oder Steuerelemente im beschreibbaren Modus weiterhin grau unterlegt, dann kann dieser Zustand mehrere Gründe haben: 1. Das Feld dient lediglich der Information und kann an anderer Stelle bearbeitet werden. 2. Das Feld lässt sich grundsätzlich nicht ändern, es handelt sich dabei um ein Schlüsselfeld (z. B. Instituts-Nr. und Aufnahme-Nr.).

Wurden alle Daten erfasst, dann werden sie nach dem Betätigen der Schaltfläche '*Speichern*' in die Datenbank gespeichert.

Besonderheit beim Speichern in der Registerkarte Basisblatt Arzt Aufnahme: Mit dem Speichern wird ein Info-Fenster ausgegeben, das die Felder enthält, zu denen kein Wert eingegeben wurde. Anschließend wird ein Bogen ERPT (Error Report) auf den Standarddrucker ausgegeben, der die fehlenden Felder enthält.

Mit der Schaltfläche 'Zurücksetzen' ist es möglich die letzte Änderung eines Wertes zurückzunehmen, unabhängig von der aktuellen Cursorposition.

Wird die Schaltfläche 'Abbrechen' ausgeführt, dann wird der ganze Vorgang abgebrochen, das heißt alle Eingaben, die gemacht wurden, sind ungültig.

In den Registerkarten zur Erfassung der Dokumentationsdaten steht eine zusätzliche Schaltfläche 'Quick' zur Verfügung. Nach Betätigung dieser Schaltfläche ändert sich die Darstellung der Eingabe. Diese Darstellung ist für Anwender gedacht, die schnell viele Daten eingeben wollen. Hier wurde auf gestalterische Mittel verzichtet. Es werden lediglich die Feldbezeichnungen ausgegeben und ein dazu passendes Eingabefeld (Eingabefeld, Liste, Kontrollkästchen). In der Regel sind die Schlüsselziffern einzugeben, die neben dem Ankreuzkästchen auf dem Fragebogen stehen.

4.2.4 Filter einstellen

An vielen Stellen im Programm ist es möglich einen Filter einzustellen. An dieser Stelle soll die Aufgabe und Funktionalität eines Filters allgemein beschrieben werden. Wo immer auch im Programm die Möglichkeit besteht einen Filter einzustellen, dann wird in der Dokumentation auf diesen Abschnitt verwiesen.

Die Hauptaufgabe eines Filters besteht darin die Anzahl der auszugebenden Datensätze zu verringern, sei es um einen besseren Überblick zu bekommen bei der Anzeige auf dem Bildschirm oder um nur die Datensätze auszugeben die einer bestimmten Bedingung entsprechen. Zusätzlich kann mit der Funktion des Filters die Sortierreihenfolge festgelegt werden.

Filtereinstellungen sind in einem eigenen Fenster, das über eine entsprechende Schaltfläche aufgerufen wurde, möglich oder sind Bestandteil einer Registerkarte.

Bevor eine Filtereinstellung wirksam werden kann, muss sie im entsprechenden Feld aktiviert werden. Ist Filter aktiv nicht gewählt, dann sind zwar Filtereinstellungen vorhanden, haben aber keine Auswirkung auf die auszugebenden Daten. Die Filtereinstellungen werden über die Sitzung hinaus gespeichert und stehen bei der nächsten Sitzung wieder zur Verfügung.

Jede Aktivierung, Inaktivierung oder Änderung der Filtereinstellung zieht eine erneute Abfrage der Daten in der Datenbank nach sich. Dieser Zustand ist sehr nützlich z.B. bei der Eingabe von Patientendaten über das Formular. Damit der Patient im TreeView angezeigt werden kann, muss eine erneute Abfrage in der Datenbank stattfinden, da im TreeView keine automatische Aktualisierung erfolgt.

Was ist eine Bedingung? Eine Bedingung wird definiert, in dem man ein Objekt mit einer bestimmten Eigenschaft belegt. Die Bedingung ist erfüllt, wenn das Objekt diese bestimmte Eigenschaft besitzt. Zum Beispiel: Auf einem Parkplatz können alle möglichen Fahrzeuge (PKW's, Busse, Motorräder, Fahrräder usw.) parken. Es besteht die Einschränkung, dass der Parkplatz nur an bestimmten Tagen für bestimmte Fahrzeuge geöffnet ist. Eine Bedingung lautet, dass der Parkplatz am Montag nur für rote Fahrzeuge geöffnet ist. Die Bedingung ist erfüllt, wenn das Fahrzeug eine rote Lackfarbe hat, alle anderen nicht roten Fahrzeuge (grüne, blaue usw.) dürfen nicht parken. Bei dieser Bedingung handelt es sich um eine einfache Bedingung.

Eine andere Bedingung lautet: am Dienstag dürfen nur alle roten Fahrzeuge parken **und** die letzte Ziffer auf dem Nummernschild muss eine gerade Zahl sein. vorhergehende Bedingung Mit dieser verknüpften Bedingung (2 Bedingungen verbunden mit einem logischen Und) wird die Anzahl der Fahrzeuge, die auf dem Parkplatz parken dürfen weiter eingeschränkt, da das Fahrzeug beide Bedingungen erfüllen muss, um auf dem Parkplatz parken zu dürfen. Es dürfen nur rote Fahrzeuge parken mit den Endziffern 0, 2, 4, 6 und 8 auf dem Nummernschild. Alle anderen roten Autos, die am Montag noch parken durften, dürfen am Dienstag nicht mehr parken, da sie nicht die entsprechende Endziffer auf dem Nummernschild haben. Sie erfüllen zwar die erste Bedingung (Farbe), die zweite Bedingung (gerade Endziffer) hingegen erfüllen sie nicht. Auf diese Weise können noch weitere Bedingungen miteinander verknüpft werden, dabei wird die Anzahl der Datensätze immer weiter eingeschränkt.

Übertragen auf Megaredo 2.0 lassen sich die Patienten mit dem im Beispiel genanntem Parkplatz vergleichen und die Daten zu den Patienten, um wieder beim Beispiel zu bleiben, mit der Farbe bzw. der Endziffer auf dem Nummernschild. Wird im Filter mehr als eine Bedingung angegeben, dann werden sie immer mit einem logischen Und verknüpft.

Es gibt eine Reihe von Feldern zu denen man ein Filter definieren kann. An den entsprechenden Stellen sind die Felder aufgeführt mit denen man eine sinnvolle Auswahl treffen kann. Eine Liste aller Felder, für die ein Filter definiert werden kann, ist in der nachfolgenden Tabelle enthalten, ebenso die dazugehörigen Vergleichsoperatoren und die einzugebenden Vergleichswerte. Auf Besonderheiten wird hingewiesen.

<u>Institutsnummer</u>	Beliebig			Alle
	Einseitig	=	<eigene Inst.-Nr.>	Diese Bedingung ist immer dann wichtig, wenn in der Megaredo-datenbank Daten aus anderen Instituten enthalten sind.
<u>Aufnahme-Nr.</u>	Beliebig			Alle
	Einseitig	< = >	<Aufn.-Nr.>	
	Von		von <Aufn.-Nr.> bis <Aufn.-Nr.>	Hier kann ein Bereich definiert werden, wobei die angegebenen Aufnahmeummern Bestandteil der Ergebnismenge sind.
<u>Geburtsdatum</u>	Beliebig			Alle
	Heute	=	<aktuelles Datum>	
	Vor	min. genau max.	<Tage>	Anzahl der Tage
	Datum	vor dem vor am nach am nach dem	<Datum>	Datumswert – entspricht den Operatoren <, <=, >= und >.
	Zwischen		dem <Datum> und <Datum>	Es wird ein Bereich definiert, wobei alle Daten ausgewählt werden die größer dem ersten Wert sind und alle Daten kleiner dem zweiten Wert
<u>Zimmernummer</u>	Beliebig			Alle
	Einseitig	< = >	<Zi.-Nr.>	
	Von		von <Zi.-Nr.> bis <Zi.-Nr.>	Hier kann ein Bereich definiert werden einschl. der angegeben Nrn.

<u>Aufn.-Datum</u>	Siehe Geburtsdatum.			
<u>Entl.-Datum</u>	Siehe Geburtsdatum.			
<u>Problembereiche</u>	Beliebig			Alle
	Vorhanden		<Problembereich>	Trifft zu, wenn lediglich der Problembereich angelegt wurde, aber keine Bögen angefordert wurden.
	Angefordert Gedruckt Eingegeben		<Problembereich> <Modulbogen>	
<u>Sortieren</u>	Beliebig			Keine Sortierreihenfolge.
	Einseitig	Name Aufn.-Nr. Aufn.-Dat. Ent.-Dat. Geb.-Dat. Zi.-Nr.	standard aufwärts abwärts	Feld nach dem Sortiert werden soll. Beim Namen wird nur nach dem Nachnamen sortiert. Die Standard-sortierreihenfolge ist immer aufwärts.
<u>Sortieren</u>	Beliebig			Keine Sortierreihenfolge.
	Einseitig	Name Aufn.-Nr. Aufn.-Dat. Ent.-Dat. Geb.-Dat. Zimmer-Nr.	standard aufwärts abwärts	Es kann eine weitere Sortierreihenfolge festgelegt werden. Es werden erst alle Datensätze nach der 1. Sortierung geordnet. Datensätze in dessen Feld der Inhalt gleich ist, werden nach der 2. Sortierung geordnet.

4.2.5 Menüs

Die meisten Funktionen, die über die Menüleiste aufgerufen werden können, sind einem Knotenpunkt im TreeView zugeordnet und werden dort beschrieben. Hier die Programmpunkte, die nicht über das TreeView aufgerufen werden können.

4.2.5.1 Menü Drucken - Seitenränder einstellen

Zum Ausdruck ist es notwendig die minimalen physikalischen Seitenränder des Druckers festzulegen, damit die Bögen vollständig ausgedruckt werden können. Die Seitenränder sind bei jeder Sitzung neu einzugeben. Sie werden nicht gespeichert. Die minimalen Seitenränder sind bei jedem Druckertyp unterschiedlich. Welche Seitenränder Ihr Drucker hat können Sie im Handbuch des Druckers nachlesen oder bei ihrem Systemverwalter erfahren.

4.2.5.2 Menü Drucken - Auf Bildschirm drucken

Mit dieser Option werden alle Drucke auf den Bildschirm umgeleitet. Der Druck wird so angezeigt wie er auf dem Drucker ausgegeben würde. Für jede Druckseite wird ein eigenes Fenster geöffnet. Diese Funktion ist ganz nützlich, wenn man sich zunächst einen Bogen einmal ansehen möchte, bevor man ihn dann auf den Drucker ausdruckt oder zur Überprüfung der Ergebnismenge beim Druck von Modulbögen oder ADDK-Bögen. Diese Einstellung wird nicht gespeichert und muss bei jeder Sitzung neu gewählt werden.

4.3 Beschreibung der Funktionen

4.3.1 Die Institutsdaten

Nach dem Login ist immer der erste Stammknoten mit den Angaben zum Institut ausgewählt und die Registerkarte mit den Institutsdaten wird angezeigt. Es wird die Institutsnummer angezeigt, die mit dem Setup-Programm festgelegt wurde. Die Institutsnummer lässt sich nicht mehr ändern. Es können ergänzende Angaben zum Institut gemacht werden, wobei die Angaben im Feld Namen als Bezeichnung für den Stammknoten im TreeView verwendet werden. Werden Dokumentationsdaten für das ADDK-Qualitätsmanagement exportiert und von

der Deutschen-Diabetes-Gesellschaft ausgewertet, dann muss hier im Feld ADDK-Qualitätsmanagement die Nummer eingetragen werden, die Sie von der DDG erhalten haben.

4.3.2 Administration

4.3.2.1 Kostenträger

Nach der Installation von Megaredo 2.0 stehen eine ganze Reihe von Kostenträgern zur Verfügung. So etwa alle Rentenversicherer (LVA's und BfA) und einige Kostenträger, die zu Gruppen zusammengefasst wurden (z.B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften usw.). Die hier eingetragenen Kostenträger bilden die Datenbasis für die Liste, die in den Registerkarten Basisblatt Arzt Aufnahme und Neuer Patient bei Abfrage des Kostenträgers ausgegeben werden. Es besteht die Möglichkeit neue Kostenträger einzugeben.

4.3.2.2 Umrechnung

Für Vergleichsberechnungen der Laborwerte werden Mittelwerte und Standardabweichungen benötigt. Die Werte können bei den Herstellern der Labormethoden erfragt werden. Diese Eingaben sind für einen Probelauf nicht notwendig.

4.3.2.3 Psycho-Skalen

Aus den Werten der Felder pb1a1 bis pb1d4 des Basisblatts Patient Aufnahme wird für die Skalen Umgang, Angst und Depression ein Punktwert berechnet und als Prozentrangwert ausgegeben. Die Ausgabe erfolgt auf dem Problemlblatt. Welcher Punktwert, welchem Prozentrangwert entspricht wird in dieser Tabelle zugeordnet. Die Punktwerte können, wenn nötig, geändert werden.

4.3.2.4 IRES-Skalen

Der Mini-IRES-Score wird aus einer Reihe von Werten des Dokumentationsbogens Basisblatt Patient Aufnahme berechnet und auf dem Problemlblatt ausgegeben. Es handelt sich dabei um einen berechneten Wert, er wird nicht in der Datenbank gespeichert. Für die Berechnung müssen einige Bedingungen erfüllt sein, damit ein Score berechnet werden kann.

Die Bedingungen lauten:

Die Felder pb1gz, pb1bg und pb1ss müssen alle beantwortet sein (Keine Missing Werte.).

Es wird für die Skalen Risiko, Schmerz, Erschöpfung, berufliche Sorgen zunächst ein eigener Wert berechnet. Für die Skala Risikofaktoren werden die Felder pb1rr bis pb1rc benötigt, für die Skala Schmerz werden die Felder pb1sh und pb1si benötigt, für die Skala Erschöpfung die Felder pb1ve und pb1bl und für die Skala berufliche Sorgen die Felder pb1wv bis pb1vb. Der Mini-IRES-Score kann nicht berechnet werden, wenn in einer dieser Skalen mehr als ein Wert fehlt.

Sind die oben genannten Bedingungen erfüllt, dann kann ein Punktwert errechnet werden, der einem Prozentrangwert zugeordnet werden kann. Welcher Diagnosengruppe der Prozentrangwert entnommen wird hängt davon ab, ob für den Patienten aus dem entsprechenden Problembereich ein Fragebogen angefordert bzw. eingegeben wurde.

Die Punktwerte lassen sich auch hier, wenn nötig, ändern.

4.3.2.5 Benutzer

Zur Zeit nicht möglich.

4.3.3 Import/Export

4.3.3.1 Import Tabellen

In dieser Registerkarte können die Standard-Werte (Import Default-Scores) für die Tabellen

mini_ires_prozentrangwerte

kostentraeger_stamm
laborwerte_umrechnung
psycho_skalen

importiert werden.

Zunächst müssen Ziel und Quelle festgelegt werden. Sie werden aus der Liste ausgewählt. Ziel-Tabelle und Quell-Tabelle müssen immer übereinstimmen, da bei Nichtübereinstimmung es zu Datenverlusten kommen kann. Als Quell-Tabelle wird immer eine kommaseparierte Excel-Datei (*.csv), die in dem Dateiverzeichnis

\$Installationspfad\Megaredo\data\import\default

stehen muss. Der Dateiname muss dem Namen in der Liste mit Dateikennzeichen csv entsprechen.

Für das Einfügen der Datensätze in die Tabelle stehen verschiedene Strategien zur Verfügung, von denen eine ausgewählt sein muss. Es stehen folgende Strategien zur Verfügung:

'Niemals ersetzen nur hinzufügen' - In diesem Fall wird kein Import ausgeführt, da in diese Tabellen keine neuen Datensätze aufgenommen werden können.

'Bei doppelten Datensätzen nachfragen, ob ersetzt werden soll' - Bei jedem Datensatz der eingefügt werden soll, wird nachgefragt ob der vorhandene Datensatz überschrieben werden soll. Wird die Frage mit Ja beantwortet, dann wird der Datensatz mit den Werten aus der Quelle überschrieben, wird die Frage mit Nein beantwortet, dann wird der Datensatz nicht überschrieben und der alte Wert bleibt erhalten, neue Datensätze werden eingefügt.

'Alle doppelten Datensätze automatisch ersetzen (ohne zu fragen)' - Es werden alle doppelten Datensätze ohne Nachfrage ersetzt und neue Datensätze werden eingefügt.

'Ganzen Tabelleninhalt ersetzen (Datensätze werden vorher gelöscht)' - Bevor die Datensätze aus der Quelle eingefügt werden, werden alle Datensätze im Ziel gelöscht, dabei kann es zu Datenverlust kommen, wenn ein Datensatz in der Quelle nicht mehr vorhanden ist.

Mit der Angabe zum Filter können theoretisch die Daten aus mehreren Instituten verwaltet werden.

Export ADDK-Datensätze:

Diese Option hat keine Funktion. Für den Export der ADDK-Datensätze benutzen Sie bitte im Knotenpunkt 'Patienten' die Registerkarte 'ADDK-Bögen'.

4.3.3.2 Module (Export):

Hier können die erfassten Daten zur weiteren Verarbeitung exportiert werden. Der Zielordner gibt an, in welches Dateiverzeichnis die Export-Dateien geschrieben werden sollen. Es wird ein Dateipfad vorgegeben, der durch Eingabe oder mit der Schaltfläche Durchsuchen änderbar ist. In der Megaredo-Installation steht ein Dateiverzeichnis dafür zur Verfügung - *\$Installationspfad/Megaredo/data/export*.

Beim Datenexport wird für jedes Modul eine Datei geschrieben mit der Kurzbezeichnung des Modulbogens und der entsprechenden Dateikennung als Dateinamen. Zusätzlich werden die Werte der Laborwerteumrechnungstabelle exportiert. Diese werden benötigt, wenn Daten für das Datenpooling exportiert werden sollen.

Mit der Dateistruktur legt man fest wie die Daten exportiert werden sollen. Mit der Dateinamenserweiterung wird festgelegt in welchem Format die Daten exportiert werden sollen. Es

stehen die Formate ASCII-Datei als txt-Datei, MS-Excel, kommaseparierte Datei (*.csv) und MS-Excel Datei (*.xls) zur Verfügung.

Mit dem Trennzeichen wird festgelegt wie die Datenfelder separiert werden sollen. Dafür steht eine Liste mit einer ganzen Reihe von Trennzeichen zur Verfügung. Wurde das Format txt-Datei gewählt, dann ist jedes Trennzeichen zulässig. Wurde hingegen das Format *.csv ausgewählt dann ist Komma als Trennzeichen zwingend vorgeschrieben, sonst entspricht die Export-Datei nicht dem Format *.csv und kann nicht weiterbearbeitet (z.B. Excel) werden. Das gleiche gilt für das Format *.xls. Wurde dieses Format gewählt, dann ist das Tab-Zeichen als Trennzeichen zu wählen.

Mit der Option 'Erste Zeile enthält Feldnamen' werden zusätzlich die Feldnamen exportiert.

Mit der Angabe zum Filter kann eine Auswahl der Datensätze getroffen werden, die exportiert werden sollen. Der Filter ist im Abschnitt *Filter einstellen* beschrieben.

4.3.3.3 Patienten (Import)

Hier können Patientendaten importiert werden. Diese Möglichkeit sollte immer dann genutzt werden, wenn die Patientendaten schon einmal in elektronischer Form vorliegen (z.B. von einem Bettendispositionsprogramm) und in das nachfolgende beschriebene Format gebracht werden können. Eine noch bessere Möglichkeit des Imports der Patientendaten besteht darin, aus der Quellanwendung die Daten direkt in die MEGAREDO-Datenbank zu schreiben.

Entgegen des Textes zu Quelle und Layout der Import-Datei muss die zu importierende Datei nicht den Namen patienten.csv besitzen und auch nicht dem csv-Format entsprechen. Im Feld muss der vollständige Dateipfad inklusive Dateinamen angegeben werden. Der Pfad bzw. die Datei kann auch über die Schaltfläche 'Durchsuchen' und 'Dateiauswahl' eingestellt werden. Zusätzlich muss angegeben werden welches Feldtrennzeichen in der zu importierenden Datei verwendet wurde und ob die 1. Zeile Feldnamen enthält. Entsprechen diese beiden Angaben nicht der Importdatei, dann wird kein Import durchgeführt.

Die zu importierende Datei muss folgender Struktur entsprechen.

FELDNAME	FELDTYP	FELDBESCHREIBUNG
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nummer des Patienten, Format JJZZZZ
nachname	Text(32)	Nachname des Patienten
vorname	Text(32)	Vorname des Patienten
strasse_nr	Text(64)	Strasse des Patienten
plz	Text(16)	PLZ des Patienten
ort	Text(64)	Ort des Patienten
geb_datum	Date	Geburtsdatum des Patienten. Format JJ-MM-TT.
geschlecht	Char(1)	Geschlecht des Patienten: männlich = "M" / weiblich = "W" / missing = "?"
zimmer_nr	Integer	Zimmer-Nr. des Patienten
aufn_datum	Date	Tag der Aufnahme. Format JJ-MM-TT.
entl_datum	Date	Tag der Entlassung Format JJ-MM-TT.
kostentraeger	Integer	Kostentraeger der Reha-Maßnahme, Schlüssel-Nr. aus der Tabelle Kostentraeger_stamm

Als Satztrennzeichen muss ein CRLF verwendet werden. Die Daten (Geburts-, Aufnahme-, Entlassungsdatum) müssen der englischen Schreibweise entsprechen.

Mit den Überschreibungsstrategien kann man steuern wie der Import der Patientendaten erfolgen soll.

Niemals ersetzen, nur hinzufügen: Es werden immer nur neue Patienten importiert, auch wenn die Importdatei Datensätze enthält die schon einmal importiert wurden. Es findet kein Update statt.

Bei doppelten Datensätzen nachfragen, ob ersetzt werden soll: Neue Datensätze werden eingefügt. Ist ein Datensatz schon einmal vorhanden, dann vor dem Import nachgefragt, ob der Datensatz mit den Angaben aus der Importdatei überschrieben werden soll. Kriterium für den Vergleich, ob ein Datensatz schon einmal vorhanden ist, ist die Aufnahme- und Instituts-Nr.

Alle Datensätze automatisch ersetzen (ohne nachzufragen): Alle Datensätze aus der Importdatei werden verarbeitet. Neue Datensätze werden eingefügt. Vorhandene Datensätze werden grundsätzlich mit den Angaben aus der Importdatei überschrieben.

Ganzen Tabelleninhalt ersetzen (Alle Datensätze werden vorher gelöscht): Diese Option sollte man nur mit Vorsicht und nach gründlicher Überlegung verwenden, da sie unter Umständen zu Datenverlust führen kann. Zu Datenverlusten kommt es immer dann, wenn in der Megaredo-Patientenverwaltung Datensätze vorhanden sind, die in der zu importierenden Datei nicht enthalten sind.

Für den Import kann zusätzlich ein Filter definiert aktiviert werden, der sich auf die zu importierenden Datensätze bezieht. Eine genaue Beschreibung des Filters finden Sie im Abschnitt *Filter einstellen*.

Wurde der Import erfolgreich abgeschlossen, dann wird bei neuen Patienten das Basisblatt Arzt Aufnahme und Basisblatt Patient Aufnahme automatisch angefordert.

4.3.4 Patienten

4.3.4.1 Module drucken

Mit dieser Registerkarte ist es möglich die Formulare zu den einzelnen Modulbögen zu drucken und sich über den Bearbeitungsstand der einzelnen Modulbögen zu jedem Patienten zu informieren.

Die Tabelle zeigt eine Übersicht über die Patienten und den Bearbeitungszustand der Modulbögen. Die Tabelle dient gleichzeitig als Datenquelle für das Drucken der Modulbögen. Beim ersten Aufruf der Registerkarte werden zunächst alle gespeicherten Patienten angezeigt, sortiert nach Aufnahme-Nummer. Die Anzahl der Patienten lässt sich durch die Einstellung eines Filters reduzieren bzw. einschränken. Ebenso lässt sich mit dem Filter die Sortierreihenfolge ändern (s. a. Filter einstellen).

Die erste Spalte enthält die Patientennamen. Die Breite der Spalte ist variabel und kann mit der Maus mittels Drag & Drop verändert werden. Die Breite der nachfolgenden Spalten wird automatisch angepasst, wobei die Tabellenbreite die Grenze ist. Das bedeutet: wird die 1. Spalte vergrößert, dann wird die Breite der nachfolgenden Spalten verringert. Das kann unter anderem dazu führen, dass die Überschriften und der Inhalt der nachfolgenden Spalten nicht mehr dargestellt werden können.

In den nachfolgenden Spalten sind alle Modulbögen und deren Bearbeitungszustand aufgeführt. Zur Zeit werden folgende Bearbeitungszustände verwaltet:

Unterstrich	Im Problembereich-Manager wurde zwar der Problembereich angekreuzt, es wurden aber bisher noch keine Modulbögen angefordert.
A	Modulbogen wurde angefordert. Die Aufnahmemodulbögen müssen im Problembereich-Manager angefordert werden. Die Entlassungsmodulbögen werden automatisch angefordert, wenn der Aufnahmemodulbogen eingegeben wird.
D	Modulbogen wurde gedruckt.
E	Daten des Modulbogens wurden eingegeben.

Zur besseren Lesbarkeit findet bei jeder Änderung des Problembereichs ein Farbwechsel statt. Ansonsten hat dieser keine weitere Bedeutung.

Bezogen auf die in der Tabelle dargestellten Patienten kann mit den nachfolgenden Angaben eine Auswahl getroffen werden, was gedruckt werden soll.

Mit der Schaltfläche 'Auswahl' kann festgelegt werden welcher Modulbogen zu welchem Problembereich gedruckt werden soll. Zusätzlich ist es möglich alle Modulbögen oder alle Aufnahmebögen oder alle Entlassungsbögen unabhängig vom Problembereich zu drucken. Diese Angabe muss gemacht werden, ihr Fehlen führt zu einer Fehlermeldung.

Mit der 'Reihenfolge der Modulbögen' wird angegeben in welcher Sortierung die Modulbögen gedruckt werden sollen. Nach Aufnahmeummer werden alle Bögen einer Aufnahmeummer nacheinander gedruckt, nach Zuständigkeit werden erst alle Arzt-Bögen gedruckt und dann alle Patienten-Bögen, nach Problembereich werden erst alle Bögen eines Problembereichs gedruckt und dann alle Bögen des weiteren Problembereichs.

Mit der Angabe 'Welche Bögen des gewählten Problembereichs sollen gedruckt werden' wird definiert, in welchem Bearbeitungszustand sich die Modulbögen befinden müssen. Es stehen folgende Optionen zur Verfügung:

Option 'Alle angeforderten Bögen des gewählten Problembereichs' – es werden alle Modulbögen gedruckt unabhängig davon ob diese angefordert oder eingegeben sind (Bearbeitungszustand = A oder Bearbeitungszustand = E). Zusätzlich zu dieser Option ist es möglich zu definieren ob die Modulbögen mit Daten gefüllt oder unausgefüllt gedruckt werden sollen. Diese Möglichkeit besteht bei den anderen Optionen nicht.

Option 'Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben sind' – es werden alle Modulbögen gedruckt deren Bearbeitungszustand A ist.


Option 'Nur die angeforderten Bögen, die bereits eingegeben wurden' – es werden alle Modulbögen gedruckt deren Bearbeitungszustand E ist

Option 'Nur einen einzigen leeren Fragebogen' – es wird ein Fragebogen ohne Daten gedruckt.

Nachfolgend einige Beispiele zur Verdeutlichung der Arbeitsweise der Tabelle mit den weiteren Optionen: In der Datenbank sind aktuell diese Patienten enthalten:

Übersicht über den Bearbeitungsstand der Modulbögen:

Patient	AB1	PB1	AB2	PB2	PA1	AD1	P...	AD2	AL1	AL2	AO1	PO1	AO2	AU1	PU1	AU2	AT1	PT1	AT2	PT2	PE1
Albrecht, Günther	E	E	A	A		E	E	A													
Hofmann, Elisabeth	E	E	A	A		A	A														
Kaufmann, Luise	E	E	D	D	D	D	D														
Ludwig, Erika	E	E	E	E	E				E	E											
Müller, Jürgen	A	A																			
Schmitz, Sabine	A	A																			
Schmitz, Klaus	A	A																			

 Filter einstellen

Beispiel 1:

Es soll ein Modulbogen Diabetes Arzt Aufnahme zu einem Patienten (hier: Kaufmann, Luise) gedruckt werden, der Bearbeitungszustand von AD1 ist gedruckt ("D")

Damit ein Modulbogen für einen einzelnen Patienten gedruckt werden kann muss der entsprechende Filter definiert werden. Im Dialog 'Filter einstellen' müssen die Angaben Filter aktiv - Aufnahmenummer – einseitig – gleich '102002' eingetragen werden. Als Ergebnis bekommt man in der Tabelle einen einzigen Datensatz angezeigt.

Drucken von Modulbögen

Übersicht über den Bearbeitungsstand der Modulbögen:

Patient	AB1	PB1	AB2	PB2	PA1	AD1	P...	AD2	AL1	AL2	AO1	PO1	AO2	AU1	PU1	AU2	AT1	PT1	AT2	PT2	PE1
Kaufmann, Luise	E	E	D	D	D	D	D														

Filter einstellen

Zu welchem Modul sollen die angeforderten Bögen gedruckt werden?

Diabetes : Arzt Aufnahme (AD1) Auswahl

Reihenfolge der Modulbögen?

☒ Aufnahmenummer : Bögen der gleichen Aufnahmenummer zusammen (erst Arzt, dann Patient)

☐ Zuständigkeit : Erst alle Arzt-Bögen, dann alle Patienten-Bögen

☐ Problembereich : Alle Bögen eines Problembereichs zusammen drucken

Welche Bögen des gewählten Problembereichs sollen gedruckt werden?

☒ Alle angeforderten Bögen des gewählten Problembereichs/-e

☐ Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben wurden

☐ Nur die angeforderten Bögen, die bereits eingegeben wurden

☐ Nur einen einzigen, leeren Fragebogen (auch ohne Patientendaten)

Sollen die Bögen ausgefüllt oder unausgefüllt gedruckt werden?

☒ Alle als Fragebogen (d.h. ohne Daten, auch wenn eingegeben)

☐ Mit eingegebenen Daten sofern vorhanden, sonst als Fragebogen

Drucken Einstellen

Für das Drucken müssen die im Bild gezeigten Optionen gewählt sein. Als Ergebnis wird von Frau Kaufmann ein Modulbogen Diabetes Arzt Aufnahme gedruckt.

Beispiel 2:

Es sollen alle angeforderten Modulbögen Basisblatt Arzt Aufnahme von einem bestimmten Aufnahmetag (hier 12.11.02) gedruckt werden.

Dazu ist es nötig den Filter einzustellen auf Aufnahmedatum – einseitig – Datum – Am – 12.11.02.

Drucken von Modulbögen

Übersicht über den Bearbeitungsstand der Modulbögen:

Patient	AB1	PB1	AB2	PB2	PA1	AD1	P...	AD2	AL1	AL2	AO1	PO1	AO2	AU1	PU1	AU2	AT1	PT1	AT2	PT2	PE1
Albrecht, Günther	E	E	A	A		E	E	A													
Schmitz, Sabine	A	A																			
Schmitz, Klaus	A	A																			

Zu welchem Modul sollen die angeforderten Bögen gedruckt werden?

Reihenfolge der Modulbögen?

☒ Aufnahmenummer : Bögen der gleichen Aufnahmenummer zusammen (erst Arzt, dann Patient)
☐ Zuständigkeit : Erst alle Arzt-Bögen, dann alle Patienten-Bögen
☐ Problembereich : Alle Bögen eines Problembereichs zusammen drucken

Welche Bögen des gewählten Problembereichs sollen gedruckt werden?

☐ Alle angeforderten Bögen des gewählten Problembereichs/-e
☒ Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben wurden
☐ Nur die angeforderten Bögen, die bereits eingegeben wurden
☐ Nur einen einzigen, leeren Fragebogen (auch ohne Patientendaten)

Sollen die Bögen ausgefüllt oder unausgefüllt gedruckt werden?

☒ Alle als Fragebogen (d.h. ohne Daten, auch wenn eingegeben)
☐ Mit eingegebenen Daten sofern vorhanden, sonst als Fragebogen

Der Filter liefert drei Datensätze zurück. Es werden aber trotzdem nur die angeforderten Modulbögen gedruckt, da die entsprechende Druckoption 'Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben wurden' gewählt wurde.

Beispiel 3:

Es sollen alle Modulbögen Aufnahme gedruckt werden, nachdem das Basisblatt Arzt Aufnahme eingegeben worden ist.

Die Einstellung für den Filter lautet: Filter aktiv – Problembereiche – Eingegeben – Basisblatt – ab1.

Module drucken Problemblatt drucken Addk-Bögen Neuer Patient Patienten (Import)

Drucken von Modulbögen

Übersicht über den Bearbeitungsstand der Modulbögen:

Patient	AB1	PB1	AB2	PB2	PA1	AD1	P...	AD2	AL1	AL2	AO1	PO1	AO2	AU1	PU1	AU2	AT1	PT1	AT2	PT2	PE1
Albrecht, Günther	E	E	A	A		E	E	A													
Hofmann, Elisabeth	E	E	A	A		A	A														
Kaufmann, Luise	E	E	D	D	D	D	D														
Ludwig, Erika	E	E	E	E	E				E	E											

Filter einstellen

Zu welchem Modul sollen die angeforderten Bögen gedruckt werden?

Alle Aufnahme-Bögen Auswahl

Reihenfolge der Modulbögen?

☒ Aufnahmenummer : Bögen der gleichen Aufnahmenummer zusammen (erst Arzt, dann Patient)
☐ Zuständigkeit : Erst alle Arzt-Bögen, dann alle Patienten-Bögen
☐ Problembereich : Alle Bögen eines Problembereichs zusammen drucken

Welche Bögen des gewählten Problembereichs sollen gedruckt werden?

☐ Alle angeforderten Bögen des gewählten Problembereichs/-e
☒ Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben wurden
☐ Nur die angeforderten Bögen, die bereits eingegeben wurden
☐ Nur einen einzigen, leeren Fragebogen (auch ohne Patientendaten)

Sollen die Bögen ausgefüllt oder unausgefüllt gedruckt werden?

☒ Alle als Fragebogen (d.h. ohne Daten, auch wenn eingegeben)
☐ Mit eingegebenen Daten sofern vorhanden, sonst als Fragebogen

Drucken Einstellen

In der Tabelle werden alle Datensätze ausgegeben zu denen ein Modulbogen Basisblatt Arzt Aufnahme eingegeben wurde. Mit der Option 'Nur die angeforderten Bögen, die noch nicht eingegeben wurden' wird die zu druckende Datenmenge weiter eingeschränkt und zwar auf die angeforderten und gedruckten Modulbögen. Es werden folgende Modulbögen gedruckt: Patientin Elisabeth Hofmann: AD1 und PD1 Patientin Luise Kaufmann: PA1, AD1 und PD1.

4.3.4.2 Problemlblatt drucken

Das Problemlblatt enthält eine Zusammenfassung, der bei der Aufnahme erfassten Daten und berechnete Werte (z.B. Mini-IRES-Score). Hier ist es möglich das Problemlblatt auszu-drucken. Über die Filtereinstellungen wird definiert zu welchen Patienten man ein Problem-blatt drucken möchte. Entspricht ein Patient oder mehrere Patienten den Filtereinstellungen, dann werden die Problemlblätter auf den Drucker oder am Bildschirm ausgegeben. Eine Be-schreibung der Filtereinstellungen finden Sie im Abschnitt *Filter einstellen*.

4.3.4.3 ADDK-Bögen

Hier besteht die Möglichkeit einen Dokumentationsbogen gemäß den Anforderungen der ADDK zu drucken oder eine Datei entsprechend den ADDK-Vorgaben zu schreiben.

Es werden nur dann Daten gemäß ADDK ausgegeben, wenn die Bögen AD1, AD2, PD1 ausgefüllt sind, sonst wird kein Datensatz ausgegeben.

In der Liste wird angegeben für welche Patienten eine Ausgabe erfolgen soll. Nach Aufruf der Registerkarte ist diese zunächst leer. Mit der Schaltfläche 'Anzeigen' wird die Liste ge-füllt. Standardmäßig werden alle Patienten in der Liste ausgegeben, für die ein ADDK-Bogen geschrieben werden kann. Nach dem Füllen der Liste wird die Schaltfläche gesperrt. Werden die Filterangaben geändert, dann wird die Schaltfläche 'Anzeigen' wieder freigegeben. Mit den Filterangaben ist es möglich Bedingungen für die Patienten zu definieren, die ausgegeben werden sollen. Eine Beschreibung der Filtereinstellungen befindet sich im Abschnitt *Filter einstellen*.

Mit Betätigung der Schaltfläche 'Drucken' wird für jeden Patienten, der in der Liste enthalten ist, ein Diagnose-Bogen auf den Standarddrucker ausgegeben.

Sollen die Daten in eine Datei geschrieben werden, dann lautet der Dateiname immer 'addk.csv'. Standardmäßig wird die Datei immer in den Zielordner '\$Installationspfad\Megaredo\data\export' geschrieben. Eine Änderung des Dateiverzeichni-ses ist mit der Schaltfläche 'Durchsuchen' möglich. Zusätzlich können die Angaben, ob die erste Zeile Feldnamen enthalten soll und welches Feldtrennzeichen verwendet werden soll gemacht werden. Mit der Schaltfläche 'Exportieren' werden dann die Datensätze für die Pati-enten aus der Liste in die Datei 'addk.csv' geschrieben. In einem Infofenster wird die Anzahl der exportierten Datensätze ausgegeben.

4.3.4.4 Neuer Patient

Hier besteht die Möglichkeit einen neuen Patienten anzulegen und die persönlichen Daten einzugeben. Mit dem Speichern wird der Patient in der Datenbank gespeichert. Soll der Pati-ent im TreeView angezeigt werden, dann muss die Anzeige vorher aktualisiert werden (z. Zeit nur möglich durch Veränderung der Filtereinstellungen). Der Patient wird als neuer Kno-tenpunkt dargestellt. Die Modulbögen Basisblatt Arzt Aufnahme und Basisblatt Patient Auf-nahme werden automatisch angefordert.

4.3.4.5 Patienten (Import)

Diese Funktion wird im Abschnitt Import – Patienten (Import) beschrieben.

4.3.5 Patient xyz (Nachname, Vorname, Aufnahmenummer)

Jeder Patient wird als Stammknotenpunkt dargestellt mit Nachname, Vorname und Aufnah-mennummer als Bezeichnung. Dem Stammknotenpunkt sind die Registerkarten 'Patientenda-ten' und 'Problembereichmanager' zugeordnet. Wird der Stammknoten geöffnet, dann enthält er das Basisblatt und alle weiteren Problembereiche, die für diesen Patienten mit dem Prob-lembereichmanager angelegt wurden, als Strukturknoten. Diesen Knotenpunkten sind die Registerkarten zur Eingabe der Dokumentationsdaten zugeordnet.

4.3.5.1 Patientendaten

In dieser Registerkarte ist es möglich die Stammdaten des ausgewählten Patienten zu bearbeiten und zu speichern.

4.3.5.2 Problembereichmanager

Nachdem die Patientendaten eingegeben oder importiert wurden wird im TreeView lediglich der Patientennamen und die Aufnahme-Nummer angezeigt. Es existieren außer dem Basisblatt noch keine weiteren Module zu diesem Patienten. Die Anlage weiterer Module bzw. welche weiteren Problembereiche bearbeitet werden sollen, geschieht mit dem Problembereichmanager. Außerdem lässt sich der Fortgang der Bearbeitung verfolgen. Die Problembereiche sind in einer Baumstruktur dargestellt. Jeder Problembereich entspricht einem Stammknotenpunkt, der die einzelnen Bögen enthält. Die Knotenpunkte lassen sich zwar öffnen und lesen, können aber nicht bearbeitet werden. Erst nach Betätigung der Schaltfläche 'Bearbeiten' ist eine Bearbeitung möglich. Ein Modul kann mit einem Klick in das Kästchen vor dem Modulnamen angelegt werden. Wird der Knotenpunkt geöffnet dann sieht man, das mit der Anlage gleichzeitig die Aufnahmebögen für den Arzt und den Patienten angefordert wurden und entsprechend gedruckt werden können. Vor dem Namen des Modulbogens werden die beiden Symbole 'Drucker' für gedruckt und 'Diskette' für gespeichert ausgegeben. Bei Anforderung sind diese beiden Symbole grau dargestellt. Wird das Symbol farbig dargestellt, dann wird angezeigt, dass der Modulbogen gedruckt bzw. eingegeben wurde. Anhand dieser Symbole lässt sich auch der Bearbeitungszustand verfolgen. Änderungen müssen mit der Schaltfläche 'Speichern' gespeichert werden bzw. können mit der Schaltfläche 'Zurücksetzen' verworfen werden. Mit der Schaltfläche 'Abbrechen' wird jede Änderung verworfen und das TreeView wird wieder für jede weitere Bearbeitung gesperrt.

Anmerkung: Werden mit dem Problembereichmanager Module gelöscht zu denen schon Daten in der Datenbank existieren. Dann wird lediglich der Problembereich zu diesem Patienten gelöscht. Die eingegeben Daten bleiben erhalten.

4.4 Sonstiges

4.4.1 Daten anderer Institute

Patientenverwaltung: Es können Datensätze mit einer anderen Institutsnummer importiert werden. Wenn kein Filter (Instituts-Nr. = beliebig) gesetzt, dann werden sie im TreeView ebenfalls angezeigt. Es ist aber nicht ersichtlich zu welchem Institut der Patient letztendlich gehört. Die Bearbeitung der Problembereiche ist ebenfalls möglich.

5 MEGAREDO - Die Dokumentationsbögen

5.1 Das Basismodul (B)

5.1.1 Einführung

Mit den Basisblättern sollen „allgemeine“ Daten der Patienten erhoben werden: Stammdaten, soziale und berufliche Situation, Risikofaktoren, Lebensstil, körperliche und seelische Befindlichkeit, Beschwerden, Funktionseinschränkungen; darüber hinaus werden auf den Basisblättern die Rehabilitationsziele aus Sicht des Patienten und aus Sicht des Arztes festgelegt.

5.1.2 Bogenstruktur

Basisblätter sind sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung des Patienten jeweils von Arzt und Patient auszufüllen:

- Basisblatt Arzt Aufnahme A-B1 1 Seite
- Basisblatt Patient Aufnahme P-B1 4 Seiten
- Basisblatt Arzt Entlassung A-B2 2 Seiten
- Basisblatt Patient Entlassung P-B2 1 Seite

Zusätzlich sind bei

- Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltrakts (O)
- Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltrakts (U)
- Diabetes (D)
- Erkrankungen parenchymatöser Organe (L)
- Tumorerkrankungen (T)
- Psychosozialen Problemen (P)
- Arbeitsplatzproblemen (A)

gesonderte Fragebögen (Modulblätter) auszufüllen (s. dort).

5.1.3 Anwendung

Die Basisblätter sind grundsätzlich bei allen Patienten, die in der Einrichtung behandelt werden, anzulegen, auch wenn keine Erkrankungen aus dem gastroenterologisch-metabolischen Bereich vorliegen.

5.1.4 Datenerhebung

- Vor Anreise Übernahme von Patienten-Stammdaten in MEGAREDO
- Druck von Basisbögen zur Anreise
- Am Anreisetag Ausfüllen des Basisblattes P-B1 durch den Patienten
- Nach dem Aufnahmegespräch Ausfüllen des Basisblattes A-B1 durch den Arzt
- Nach Eingabe der Items für Basis- und Modulblätter Ausdruck eines Problemlattes sowie der Basis- und Modulblätter zur Entlassung
- Vor Abreise Ausfüllen des Basisblattes P-B2 durch den Patienten
- Nach dem Abschlussgespräch Ausfüllen des Basisblattes A-B2 durch den Arzt

Nach Eingabe der Items aus den Entlassungsbögen Export der Daten in die entsprechenden Schlüsselfelder des Entlassungsberichtes bzw. Ausgabe von festen Standardtexten für den Entlassungsbericht. Diese Standardliste (Zusammenschau von Aufnahme- und Entlassungsangaben) kann entweder als Textvorlage benutzt werden, die durch freie Texte noch erweitert wird, oder als Kontrollliste, die dem Stationsarzt beim Diktat seines Entlassungsbriefes zur Hand ist.

5.1.5 Items

5.1.5.1 Basisblatt Arzt Aufnahme A-B1

ge **Geschlecht**
Das entsprechende Geschlecht ist anzukreuzen.

Mögliche Werte sind 0=männlich, 1=weiblich. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

al **Alter**
Eingetragen wird das Patientenalter in vollendeten Jahren.

Mögliche Werte sind 01-99. Das Feld ist vorbesetzt mit 00.

gr **Größe**
Die Körpergröße des Patienten wird in Zentimetern eingetragen. Eintragung bitte rechtsbündig.

Mögliche Werte sind 50-250. Das Feld ist vorbesetzt mit 999.

ag **Aufnahmegewicht**
Eingetragen wird das Körpergewicht des Patienten, das morgens nüchtern gemessen wird. Die Angabe erfolgt in ganzen Kilogramm, ggf. nach Auf- oder Abrunden, d.h. Dezimalstellen entfallen. Eintragung bitte rechtsbündig.

Mögliche Werte sind 020-500. Das Feld ist vorbesetzt mit 999.

at **Aufnahmetag**
Es stehen jeweils drei Doppelkästchen zur Verfügung für Tag-Monat-Jahr (TT MM JJ). Mögliche Werte für das erste Doppelkästchen (Tag) sind 01-31, für das zweite (Monat) 01-12, für das dritte (Jahr) 00-99. Die Eintragungen erfolgen rechtsbündig; falls hierbei ein Kästchen nicht benötigt wird, soll eine 0 eingetragen werden, z.B. 06 08 98. Unter Aufnahmetag wird der Tag der Anreise in die jeweilige Reha-Einrichtung verstanden.

In das Programm wird das Datum im Format TT.MM.JJ eingetragen, die Jahreszahl kann auch vierstellig (z.B. 03.06.1998) eingetragen werden.

wo **Wohnort**
Eingetragen werden die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl vom Heimatort des Patienten. Falls der Wohnort im Ausland liegt, wird 00 eingetragen.

Mögliche Werte sind 00-99.

be **Berufsgruppenschlüssel**
Zur Anwendung kommt hier der vierstellige Berufsklassenschlüssel für die Verschlüsselung von Berufsangaben in den Statistiken der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung. Im Programm ist der Schlüssel hinterlegt, d.h. durch einen Doppelklick auf das Eingabefeld kann der alphabetische Schlüssel eingesehen werden.

Mögliche Werte sind 0000-9998. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999.

kt**Kostenträger**

Hier wird handschriftlich der Kostenträger eingegeben, z.B. LVA Oldenburg-Bremen, AOK, Sozialamt, Selbstzahler etc.

Für dieses Item erfolgt die Eingabe als Zahlenwert anhand einer Tabelle, die klinikspezifisch in MEGAREDO hinterlegt werden kann. D.h. jede Klinik kann Ihre eigene Kostenträger-Datei benutzen oder eine entsprechende erstellen.

va**Verfahrensart**

Hier soll eingetragen werden, auf welchem Weg das Reha-Verfahren eingeleitet wurde.

- 1 = HV durch den Kassenarzt nach § 92 SGB V,
- 2 = AHB durch den Krankenhausarzt nach § 112 SGB V,
- 3 = Eilverfahren,
- 4 = Krankenhausbehandlung,
- 5 = Gutachten,
- 6 = nur Schulung,
- 7 = Andere (z.B. Unfallheilverfahren).

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4, 5, 6 und 7. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

ar**Art der Reha-Durchführung**

Hier sollen die drei prinzipiellen Möglichkeiten zur Durchführung einer Rehabilitation verschlüsselt werden. 1 = stationär, 2 = teilstationär, 3 = ambulant.

Mögliche Werte sind 1, 2 und 3. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

kf**Kooperationsfähigkeit**

Hier soll die Kooperationsfähigkeit des Patienten vom Arzt als Ergebnis der Eindrücke der Aufnahmeuntersuchung beurteilt werden. Die Ausprägungen sind:

- 1 = schlecht,
- 2 = fraglich,
- 3 = gut,
- 8 = keine Aussage möglich.

Minderungen der Kooperationsfähigkeit können z.B. durch mangelnde Sprachkenntnisse, dementielle Prozesse oder Merkfähigkeitsstörungen hervorgerufen werden. Die Motivation des Patienten soll nicht in die Beurteilung eingehen (siehe -> mo).

Mögliche Werte sind 1, 2, 3 und 8. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

mo**Motivation**

Hier soll die Motivationslage des Patienten zur Rehabilitation als Ergebnis der Eindrücke des Arztes aus dem Aufnahmegespräch festgehalten werden. Die Ausprägungen sind: 1 = schlecht, 2 = fraglich, 3 = gut, 8 = keine Aussage möglich. Hinweise zur Motivationslage ergeben sich z.B. daraus, ob der Patient von sich aus die Rehabilitation angestrebt hat, oder ob er im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme geschickt wurde. Auch aus der Frage nach den Zielen (siehe -> Bogen PB1) des Patienten ergeben sich evtl. diesbezüglich wichtige Anhaltspunkte.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3 und 8. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

zvd bis zsb**Rehabilitationsziele aus Sicht des Arztes**

Es werden 17 vorformulierte Rehabilitationsziele aufgeführt. Mögliche Aussagen sind:

Nicht wichtig/entfällt,
wichtig,
sehr wichtig.

Jedem Rehabilitationsziel muss eine dieser Aussagen durch Ankreuzen zugeordnet werden. Es wird die Wertigkeit der Rehabilitationsziele aus ärztlicher Sicht beschrieben, die Rehabilitationsziele des Patienten sollen hier nicht eingehen und können sogar von diesen unterschiedlich sein.

Bei der Eingabe der Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nicht wichtig/entfällt, 1=wichtig, 2=sehr wichtig. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

zvd**Vervollständigung der Diagnostik
(somatisch, funktionell, psychosozial)**

Wichtig oder sehr wichtig ist die Vervollständigung der Diagnostik dann, wenn diese notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Dieses kann sich auf eine Therapieänderung beziehen oder auf das Erkennen von Funktionseinschränkungen bzw. Gefährdungsfaktoren mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit. Routinelaboruntersuchungen, Ruhe-EKG, orientierende Lungenfunktionsprüfung, sonographische Untersuchungen etc. werden in den seltensten Fällen diese Anforderungen erfüllen.

zki**Verbesserung Krankheitsinformation**

Eine verbesserte Krankheitsinformation ist besonders dann für Patienten wichtig und sehr wichtig, wenn es sich um chronische Erkrankungen handelt, die den Patienten zwingen, sich ständig mit ihnen zu beschäftigen und Entscheidungen über diagnostische Verfahren / Therapieformen mitzutragen oder Entscheidungen bzgl. beruflicher und persönlicher Lebensplanung zu treffen.

zbb**Verbesserung von Beschwerden**

Eine Verbesserung von Beschwerden ist dann wichtig oder sehr wichtig, wenn diese Beschwerden zu einer seelischen oder körperlichen Belastung / Leistungseinschränkungen im täglichen Leben führen. Gemeint sind somatische Beschwerden, z.B. Schmerzen, Luftnot, Funktionsstörungen im Muskel-/Skelett-Bereich, Ödeme, Inkontinenz etc.

zgn**Gewichtsnormalisierung (Zu-/Abnahme)**

Eine Gewichtsreduktion ist dann wichtig oder sehr wichtig, wenn dadurch das Entstehungsrisiko bestimmter Erkrankungen vermindert wird oder bei bereits bestehenden Erkrankungen eine Therapieoptimierung erreicht wird. Dies gilt grundsätzlich bei einem BMI über 30 sowie bei einem BMI zwischen 27-30 und gleichzeitig bestehenden Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämien, Hyperuricämien mit und ohne Gicht, Knie- und Rückenbeschwerden etc. Bei Untergewicht ist eine Gewichtsnormalisierung wichtig und sehr wichtig, wenn dadurch eine bestehende körperliche Schwäche und/oder Muskelinsuffizienz gebessert werden kann. Typische Beispiele sind Patienten mit chronischer Pankreatitis, chronisch entzündlicher Darmerkrankung oder Z.n. Gastrektomie.

zrv**Verbesserung von Risikoverhalten
Verminderung von Abhängigkeitsproblematik**

Eine Verbesserung des Risikoverhaltens ist dann wichtig oder sehr wichtig, wenn bei Patienten ein erhöhtes gesundheitliches Risiko vorliegt und dieses Risiko durch geeignete Maßnahmen seitens des Patienten, wie z.B. Nikotinentwöhnung, Gewichtsabnahme, richtige Ernährung, körperliche Bewegung etc., gemindert werden kann. Dies trifft in erster Linie für Patienten zu mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, familiärer Belastung, bekannter KHK, pAVK oder Durchblutungsstörungen der hirnversorgenden Arterien. Falls diesbezüglich auch medikamentöse oder andere Therapieoptionen notwendig sein sollten, die in der Regel vom Arzt verordnet werden, so ist auch unter Therapieoptimierung (-> zto - s.u.) wichtig oder sehr wichtig anzukreuzen. Die Verminderung der Abhängigkeitsproblematik bezieht sich in erster Linie auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Bei diesbezüglich drohendem oder bereits eingetretenem Organschaden/psychischem Schaden ist ebenfalls in dieser Rubrik wichtig oder sehr wichtig anzukreuzen.

zkv Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens

Wichtig oder sehr wichtig ist eine Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens bei Patienten, die aufgrund ihres gesundheitlichen Risikos oder Abhängigkeitsproblematik auf ein entsprechendes Verhalten hin trainiert werden sollen (s.u. -> zrv - Verbesserung von Risikoverhalten/Verminderung von Abhängigkeitsproblematik). Darüber hinaus ist dies bei Patienten wichtig oder sehr wichtig, die ihren Tagesablauf bzw. ihre körperlichen Belastungen in Freizeit und Beruf wegen einer chronisch aktiven Erkrankung reduzieren müssen, die wegen einer sexuell übertragbaren Krankheit evtl. ihr Sexualverhalten ändern müssen, Einhaltung bestimmter Trinkmengen bei Aszites und Ödemen, Vermeiden von körperlichen Belastungen die z.B. zu Narbenbrüchen oder Oesophagusvarizenblutungen führen können u.v.a. mehr.

zlf Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit

Diese ist dann wichtig oder sehr wichtig, wenn organisch durch Erkrankung oder Trainingsmangel eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit besteht. Die Einschränkungen im Bereich des Skelettsystems, des kardiopulmonalen Systems oder des muskulären Apparates können gleichermaßen zu Leistungseinschränkungen führen. Diese können dann durch Verbesserung der Flexibilität, Koordination durch Krankengymnastik, durch kardiopulmonales Ausdauertraining z.B. im Rahmen des Fahrradergometertraining oder durch spezielle Verfahren zum Muskelaufbau oder durch Atemgymnastik zur Verbesserung der Atemtechnik behandelt werden. Auch Patienten z.B. mit Übergewicht und Trainingsmangel gehören in diese Gruppe.

zve Verbesserung von vitaler Erschöpfung/Stressbewältigung

Dies erscheint dann bei Patienten wichtig oder sehr wichtig, wenn es zu einer organisch nicht begründbaren Einschränkung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit gekommen ist und sich zusätzlich Anhaltspunkte für psychische Belastungsfaktoren ergeben. Gemeint sind in der Regel alle Formen von Überforderungssyndromen. Falls Erschöpfungssyndrome im Rahmen von somatischen Erkrankungen aufgetreten sind, sollte unter -> zkb - Verbesserung von Krankheitsbewältigung wichtig oder sehr wichtig angekreuzt werden.

zda Verminderung von Depressionen und Ängstlichkeit

Dieses Rehaziel ist bei Patienten dann wichtig und sehr wichtig, wenn bei der psychischen Exploration depressive Symptome und/oder Ängste im Vordergrund stehen.

zkb Verbesserung von Krankheitsbewältigung

Dieses Rehabilitationsziel ist immer dann wichtig oder sehr wichtig, wenn im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen oder nach Operationen Unsicherheit, Ängste und fehlende Krankheitskenntnis vorhanden sind, die durch entsprechende krankheitsbezogene Seminare, Schulungen und Gesprächsgruppen oder auch psychotherapeutische Verfahren gemindert werden können.

zsk *Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung*

Das Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle bzw. zur Hilfsmittelbenutzung ist bei allen Patienten wichtig oder sehr wichtig, die häufig ohne ärztliche Hilfe diagnostische und therapeutische Maßnahmen an sich durchführen müssen. Beispiele dafür sind Diabetiker (Blutzucker-/Urinzucker-Selbstkontrolle), Patienten unter Antikoagulation (Selbstbestimmung des Quickwertes), Asthmatiker (Peak-flow-Messung), Stomaträger (Beutelwechsel, Irrigation) etc.

zaa *Verbesserung der Alltagsaktivitäten (Haushalt/Freizeit)*

Bei allen Patienten, insbesondere bei bereits bestehender Berentung, ist die Verbesserung oder Konsolidierung der Alltagsaktivitäten (ADL) von besonderer Bedeutung, wenn dadurch im häuslichen Umfeld z.B. Fremdhilfen, Unterstützung durch Sozialdienste oder gar Pflege vermieden werden kann. Hierzu gehören Verbesserungen der Mobilität durch Krankengymnastik und Muskeltraining, Gehtraining, Prothesentraining, Kontinenztraining etc.

zbi *Verbesserung beruflicher Integration*

Bei allen Patienten im berufsfähigen Alter ist die Verbesserung der beruflichen Integration dann wichtig oder sehr wichtig, wenn dadurch der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann oder bei arbeitslosen Patienten mit seelischer oder körperlicher Leistungseinschränkung der Einstieg in das Berufsleben erleichtert werden kann. Neben den Maßnahmen, die im vorhergehenden Kapitel über die Verbesserung der Alltagsaktivitäten erwähnt worden sind, zählen hierzu auch Anregungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln am Arbeitsplatz.

zsi *Verbesserung soziale Integration/Kompetenz*

Die Verbesserung der sozialen Integration/Kompetenz ist dann wichtig oder sehr wichtig, wenn es in Folge einer Erkrankung/Suchtverhaltens zu schwerwiegenden sozialen Missständen bzw. Isolationen gekommen ist. Hierbei kann z.B. durch Motivation zur Alkoholabstinenz bzw. durch das Anregen von Selbsthilfegruppenbeteiligung am Heimatort, versucht werden, eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Hierzu zählt auch die umfassende sozialpädagogische Beratung und die Einleitung entsprechender Maßnahmen.

zto *Therapieoptimierung*

Eine Therapieoptimierung ist immer dann wichtig, wenn der Krankheitsverlauf über das krankheitsangemessene Verhalten des Patienten hinaus durch Intervention des Arztes in Form von Medikamenten oder anderen Therapieformen, eine Besserung zu erzielen ist. Dies ist häufig der Fall bei Diabetikern (Umstellung auf Insulintherapie), Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Ergänzung z.B. durch topische Medikation, Immunsuppressiva), bei Erkrankungen des kardiovaskulären Systems (z.B. Optimierung einer antianginösen oder antihypertensiven Medikation) etc.

ztf *Verminderung von Therapiefolgestörungen*

Sind körperliche Symptome, Beschwerden und Funktionseinschränkungen auf Therapiefolgen zurückzuführen, so ist die Verminderung dieser Therapiefolgen wichtig und sehr wichtig. In diesem Fall sollte auch unter der Rubrik -> zbb - Verbesserung von Beschwerden - wichtig oder sehr wichtig angekreuzt

werden. Typische Therapiefolgestörungen sind z.B. Armödeme mit Bewegungseinschränkungen nach Brustkrebsoperationen und Bestrahlung, Durchfall und Inkontinenz nach Darmresektionen, Knochenschmerzen und Knochenbrüche aufgrund von Osteoporose nach langandauernder Cortisonbehandlung, Unterernährung und Ernährungsstörungen nach Gastrektomie etc.

zsb**Sozialmedizinische Begutachtung (BU, EU?)**

Eine sozialmedizinische Begutachtung findet bei allen Rehabilitationspatienten außer Altersrentnern in Form der Leistungsbeurteilung auf Blatt 1a des Entlassungsberichtes regelhaft statt. Eine sozialmedizinische Begutachtung ist wichtig, wenn durch die festgestellten Leistungseinschränkungen des Patienten ein Verlust des Arbeitsplatzes droht; sie ist sehr wichtig, wenn aufgrund dieser Leistungseinschränkungen bereits längere Arbeitsunfähigkeitszeiten bestehen (über drei Monate) oder ein Rentenantrag bereits gestellt wurde beziehungsweise eine befristete Rente abläuft.

Rehaproblembereiche

Rehaproblembereiche beziehen sich auf die Lokalisation einer Erkrankung: oberer Gastrointestinaltrakt, unterer Gastrointestinaltrakt, parenchymatöse Organe (Leber, Pankreas), eine Erkrankungsart: Tumorleiden, Diabetes mellitus oder den psychosozialen Bereich: psychosoziale Probleme und Arbeitsplatzprobleme. Die reharelevante Erkrankung(en) bzw. das reharelevante Problem muss durch Ankreuzen diesen Bereichen zugeordnet werden. Es können auch mehrere Bereiche angekreuzt werden. Es werden dann zusätzlich zu den Basisblättern die Modulblätter für den angekreuzten Bereich erstellt.

- O** Der obere Gastrointestinaltrakt betrifft Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms,
- U** der untere Gastrointestinaltrakt Darmerkrankungen mit Sitz unterhalb des Zwölffingerdarms, mit einbezogen werden können hier auch sogenannte „Verwachungsbeschwerden“.
- D** Patienten mit Diabetes mellitus einschließlich diabetestypischer Folgekrankheiten werden dem Bereich Diabetes mellitus zugeordnet.
- L** Der Bereich parenchymatöse Organe betrifft Erkrankungen an Leber, Gallenblase und Pankreas.
- T** Alle Tumorerkrankungen, egal welchen Sitzes, werden dem Bereich Tumor zugeordnet.
- E** Der Bereich Essstörungen/Adipositas sollte dann angekreuzt werden, wenn es Hinweise für Störungen des Essverhaltens (Übergewicht/Adipositas, Untergewicht, Bulimie, Anorexie) gibt.
- A** Der Bereich Arbeitsplatzprobleme betrifft alle Patienten im berufsfähigen Alter, bei denen aufgrund der eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit ein Arbeitsplatzverlust droht oder bereits eingetreten ist. Ebenso bei allen Patienten, die einen Rentenantrag gestellt haben.

5.1.5.2 Basisblatt Patient Aufnahme**P-B1**

Die Items gz bis vb sind dem IRES-Instrumentarium V. 2.0 (GERDES und JÄCKEL) entnommen.

gz**Gesundheitszustand**

Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 5 Möglichkeiten: sehr gut – gut – zufriedenstellend – weniger gut – schlecht.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=schlecht, 1=weniger gut, 2=zufriedenstellend, 3=gut, 4=sehr gut. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

rr**Rauchen****rh****Bluthochdruck****rs****Streß****ra****Adipositas****rb****Bewegungsmangel****rc****Hypercholesterinämie**

Aktuelle kardiovaskuläre Risikofaktoren werden mit diesem Fragenkomplex erfasst. Für jeden Risikofaktor wird entweder das Feld ja oder nein angekreuzt.

Bei der Eingabe: 0=nein, 1=ja. Vorbesetzt sind die Items mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

sh**Schmerzhäufigkeit**

Der Patient gibt die Häufigkeit auftretender Schmerzen an. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 5 Möglichkeiten: so gut wie nie – selten – ein paar mal im Monat – 2-3 mal pro Woche – fast täglich.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=so gut wie nie, 1=selten, 2=ein paar Mal im Monat, 3=2-3 mal pro Woche, 4=fast täglich. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

si**Schmerzintensität**

Der Patient gibt die Häufigkeit auftretender Schmerzen an. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 5 Möglichkeiten: Habe keine Schmerzen – eher leicht – störend, aber zu ertragen – gerade noch zu ertragen – unerträglich.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=habe keine Schmerzen, 1=eher leicht, 2=störend, aber zu ertragen, 3=gerade noch zu ertragen, 4=unerträglich. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

bg**Behinderung durch den Gesundheitszustand**

Der Patient gibt an, in welchem Ausmaß er durch seinen Gesundheitszustand an der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf und Haushalt behindert wird. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 4 Möglichkeiten: überhaupt nicht – ein wenig – ziemlich stark – sehr stark.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich stark, 3=sehr stark. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Häufigkeit von Erschöpfungszuständen**ve****völlig erschöpft****ua****unruhig und abgespannt****bl****wie eine Batterie, die allmählich leer ist**

Der Patient gibt an, wie häufig er unter den drei vorgegebenen Erschöpfungsarten leidet. Jeder der aufgeführten Erschöpfungsqualitäten wird deren Häufigkeit zugeordnet. Durch Ankreuzen erfolgt jeweils eine Einfachauswahl aus 4 Möglichkeiten: nie – manchmal – oft – immer.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nie, 1=manchmal, 2=oft, 3=immer. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

ss

Soziale Umgebung - Sicherheit bei Notfällen

Der Patient gibt die Anzahl von Personen an, auf deren Hilfe er sich bei auftretenden Notfällen verlassen kann. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 4 Möglichkeiten: keine Person – eine Person – 2–3 Personen – mehr als 3 Personen.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=keine Person, 1=eine Person, 2=2-3 Personen, 3=mehr als 3 Personen. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Häufigkeit der Sorgen über soziale Absicherung

wv

weniger verdienen

al

arbeitslos werden

vb

vorzeitig berentet

Der Patient gibt an, wie häufig er sich Sorgen um Einbußen der sozialen Absicherung aufgrund seines Gesundheitszustandes macht. Vorgegeben sind die 3 oben angeführten Qualitäten der Absicherungseinbußen. Jeder der aufgeführten Sorgen wird die Häufigkeit zugeordnet, mit der sich der Patient mit ihr beschäftigt. Jeweils Einfachauswahl durch Ankreuzen aus 4 Möglichkeiten: nie – manchmal – oft – immer.

Bei Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nie, 1=manchmal, 2=oft, 3=immer. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Personen im Haushalt einschließlich Kinder

phh

Anzahl aller im Haushalt ständig lebenden Personen

pl

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen unter 18 Jahren

Der Patient gibt an, wieviele Personen, sich selbst mitgerechnet, ständig in seinem Haushalt leben und wieviele davon Kinder sind. Die entsprechende Zahl soll rechtsbündig in das jeweilige Doppelfeld eingetragen werden. Wird ein Kästchen nicht benötigt, soll eine 0 eingetragen werden.

Die Möglichkeiten sind bei phh 01-98 und bei pl 00-98. Beide Doppelfelder sind vorbesetzt mit 99 (=missing, fehlende Angabe).

ps

Partnerschaft

Der Patient gibt an, ob er alleine lebt oder in einer festen Partnerschaft. Es erfolgt eine Einfachauswahl durch Ankreuzen aus 2 Möglichkeiten: lebe allein – lebe in einer festen Partnerschaft.

Bei Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=lebe alleine, 1=lebe in einer festen Partnerschaft. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

bs

Berufliche Stellung

Es werden 10 Angaben zur beruflichen Stellung aufgeführt. Die zutreffende Angabe wird durch Ankreuzen ausgewählt. Es ist nur eine Antwort möglich.

Jeder Antwortmöglichkeit ist dabei für die Eingabe eine Ziffer zugeordnet:

0=Arbeiter (ungelernt, gelernt)

1=Facharbeiter (mit abgeschlossener Berufsausbildung)

2=Arbeiter in leitender Funktion (Vorarbeiter, Meister, Polier)

3=Angestellter in nachgeordneter Funktion

4=Angestellter in leitender Funktion

5=Beamter im einfachen oder mittleren Dienst
 6=Beamter im gehobenen oder höherem Dienst
 7=Selbständiger
 8=Sonstiges (AzuBi, Schüler, Studenten, Wehr- oder Zivildienstleistende, Praktikanten)
 9=Nicht berufstätig gewesen, Hausfrau/ -mann
 Das Item ist vorbesetzt mit leer (=missing, fehlende Angabe).

bt**Berufstätigkeit**

Beschreibt die aktuelle Situation im Erwerbsleben. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 7 Möglichkeiten; es darf nur ein Feld angekreuzt werden.

Jeder Antwortmöglichkeit ist dabei für die Eingabe eine Ziffer zugeordnet:

- 0= voll berufstätig (jeden Tag ganztätig, auch wenn Familienbetrieb)
- 1= teilweise berufstätig (halbtags, tägl. einige Stunden, einige Tage pro Woche, etc.)
- 2= in Berufsausbildung
- 3= arbeitslos gemeldet
- 4= altershalber in Rente / pensioniert
- 5= aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig in Rente/ pensioniert (auch Zeitrente)
- 6= freiwillig vorzeitig in Rente / pensioniert (sog. Vorruhestand)
- 7= Hausfrau/ -mann, nicht berufstätig gewesen

Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

az**Arbeitszeit pro Woche**

Der Patient gibt an, wieviel Stunden er pro Woche arbeitet. Die Antwort erfolgt in ganzen Zahlen, d.h. keine Dezimalstellen. Die Eintragung erfolgt rechtsbündig. Falls ein Kästchen nicht benötigt wird, bitte 0 eintragen.

Es gibt folgende Möglichkeiten: 000-100. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (=missing, fehlende Angabe).

alz**Zeiten der Arbeitslosigkeit**

Angegeben wird, wie lange der Patient in den letzten 5 Jahren arbeitslos war. Einfachauswahl durch Ankreuzen aus 4 Möglichkeiten: nie – 1-6 Monate – 6-12 Monate – länger als 12 Monate.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nie, 1=1-6 Monate, 2=6-12 Monate, 3=länger als 12 Monate. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

sb**Festgestellte Schwerbehinderung****gdb****%GdB**

Der Patient gibt an ob und wenn ja, mit welchem Grade eine Schwerbehinderung anerkannt wurde. Die Antwort nach einer festgestellten Schwerbehinderung wird angegeben als ja/nein durch Ankreuzen des entsprechenden Feldes. Beim Vorliegen einer Schwerbehinderung wird diese quantitativ als Zahl (%GdB) eingetragen. Mögliche Werte sind dabei: 010-100. Die Eintragung erfolgt rechtsbündig. Falls ein Kästchen nicht benötigt wird, bitte 0 eintragen.

Bei der Eingabe in *sb* entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe). Mögliche Werte für *gdb* sind 10-100, das Feld ist vorbesetzt mit 999.

Fragen zu Angst, Coping-Strategien und Depressivität

Die Items a1 bis d4 erheben Ängstlichkeit, Coping-Strategien und Depressivität und wurden hinsichtlich ihrer Testgütekriterien in einer Pilot-Studie der Gesellschaft evaluiert.

Fragen zu Ängsten vor der Krankheit

- a1** *Probleme, die eigene Krankheit zu akzeptieren*
a2 *Angst vor dem Fortschreiten der Krankheit*
a3 *Angst vor der Zukunft wegen der Krankheit*
a4 *Häufiges Nachdenken über die Erkrankung*

Die angeführten Items dienen der Einschätzung von Ängsten des Patienten bzgl. seiner Erkrankung. Die 4 gestellten Fragen stammen aus der Psycho-Skala Angst. Jeder Frage wird durch Ankreuzen eine von fünf Möglichkeiten zugeordnet: gar nicht – kaum – mäßig – stark – sehr stark.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=gar nicht, 1=kaum, 2=mäßig, 3=stark, 4=sehr stark. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Fragen zum Umgang mit der Krankheit

- u1** *Einschränkung des eigenen Lebens durch die Krankheit*
u2 *Einschränkungen in der Freizeit*
u3 *Einschränkungen am Arbeits- oder Ausbildungsplatz*
u4 *Einschränkungen der Leistungsfähigkeit*
u5 *Einschränkungen der Partnerschaft oder des Familienlebens*
u6 *Einschränkungen in sozialen Beziehungen (Freunde, Bekannte)*
u7 *der Patient fühlt sich durch die Krankheit weniger attraktiv für andere*

Die angeführten Items sind Antworten auf Fragen, welche Einschränkungen durch die Erkrankung in der allgemeinen Lebenssituation, im sozialen Umfeld und in der Berufstätigkeit bestehen. Sie stammen aus der Psycho-Skala Umgang (Coping). Jeder Frage wird durch Ankreuzen eine von fünf Möglichkeiten zugeordnet: gar nicht – kaum – mäßig – stark – sehr stark.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=gar nicht, 1=kaum, 2=mäßig, 3=stark, 4=sehr stark. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Fragen zur Depressivität

- d1** *es ist unangenehm, anderen Menschen seine Krankheit mitzuteilen*
d2 *in letzter Zeit vermehrt niedergeschlagen und bedrückt*
d3 *in letzter Zeit an vielen Dingen das Interesse verloren*
d4 *in letzter Zeit Suicidgedanken*

Die angeführten Items sind Antworten auf Fragen, mit deren Hilfe depressive Verstimmungen des Patienten erkannt werden sollen. Sie stammen aus der Psycho-Skala Depression. Jeder Frage wird durch Ankreuzen eine von fünf Möglichkeiten zugeordnet: gar nicht – kaum – mäßig – stark – sehr stark.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=gar nicht, 1=kaum, 2=mäßig, 3=stark, 4=sehr stark. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Alkoholkonsum

- av** *Der Patient sah mindestens einmal die Notwendigkeit zur Verringerung des Alkoholkonsums*
ak *Andere übten bereits Kritik am Trinkverhalten*
as *Der Patient hatte wegen seines Alkoholkonsums bereit Schuldgefühle*
am *Es bestand schon morgendlicher Alkoholkonsum*

Die angeführten Items sind Antworten auf Fragen zum Alkoholkonsum und Trinkverhalten. Sie entsprechen den CAGE-Fragen. Mit ihrer Hilfe soll ein bislang unentdecktes Alkoholsuchtverhalten aufgedeckt werden. Diese Fragen werden mit ja oder nein beantwortet.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nein, 1=ja. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

bv *Reha-Behandlung von wem vorgeschlagen?*

Gefragt wird von welcher Seite die aktuelle Reha-Maßnahme angeregt wurde. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus 7 Möglichkeiten.

Jeder Antwortmöglichkeit ist dabei eine Ziffer zugeordnet: 0=Ich selbst, 1=Mein Hausarzt, 2=Das Krankenhaus, 3=Meine Krankenkasse, 4=Meine Rentenversicherung, 5=Andere, 8=weiß ich nicht. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Monat und Jahr der Antragstellung

bm

Monat der Antragstellung

bj

Jahr der Antragstellung

Eingetragen wird der Monat und das Jahr, in dem der Antrag zur Heilmaßnahme gestellt wurde. Mögliche Werte für den Monat sind 01-12, für das Jahr 00-99. Eintragung bitte rechtsbündig; 0 einfügen, wenn das linke Feld nicht benötigt wird, z.B. 02 01 (Februar 2001).

Das Feld für den Monat ist vorbesetzt mit 99 (=missing, fehlende Angabe).

zr

Anzahl der bisherigen Heilverfahren

Eingetragen wird die Anzahl der bisherigen Heilverfahren. Mögliche Angaben sind 00-19. Eintragung bitte rechtsbündig; 0 einfügen, wenn das linke Feld nicht benötigt wird.

Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (=missing, fehlende Angabe).

au

Unmittelbare Arbeitsfähigkeit vor der Heilbehandlung

Enthält die Frage, ob unmittelbar vor der Heilmaßnahme eine Arbeitsfähigkeit bestand. Antwortmöglichkeiten durch Ankreuzen: krank geschrieben – nicht krank geschrieben.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nicht krank geschrieben, 1=krank geschrieben. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

wau *Anzahl der Wochen von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten*

Eingetragen wird die Anzahl der Wochen in ganzen Zahlen, in denen der Patient in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig geschrieben war. Die Möglichkeiten sind 00-53. Eintragung bitte rechtsbündig; 0 eintragen, wenn das linke Feld nicht benötigt wird.

Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (=missing, fehlende Angabe).

ra

Stellung eines Rentenanspruches

Hier wird danach gefragt, ob der Patient bisher einen Rentenanspruch gestellt hat. Dieser Frage sind 3 Antwortmöglichkeiten durch Ankreuzen zuzuordnen: nein – ja, noch nicht entschieden – ja, abgelehnt.

Bei der Eingabe sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nein, 1=ja, noch nicht entschieden, 2=ja, abgelehnt. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

zvd bis zsb

Rehabilitationsziele aus Sicht des Patienten

Es werden 17 vorformulierte Rehabilitationsziele aufgeführt. Sie entsprechen den Rehabilitationszielen im Bogen AB-1, die in die Alltagssprache übersetzt wurden.

Mögliche Aussagen sind: entfällt / nicht wichtig – eher wichtig – sehr wichtig. Jedem Rehabilitationsziel muss eine dieser Aussagen durch Ankreuzen zugeordnet werden. Es wird die Wertigkeit der Rehabilitationsziele aus Patientensicht beschrieben, die Rehabilitationsziele aus ärztlicher Sicht sollen hier nicht eingehen und können sogar von diesen unterschiedlich sein.

Bei der Eingabe der Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nicht wichtig/entfällt, 1=eher wichtig, 2=sehr wichtig. Jedes Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Zur Erläuterung der Rehabilitationsziele zvd bis zsb siehe unter 3.1.6 Basisblatt Arzt Aufnahme A-B1.

5.1.5.3 Basisblatt Arzt Entlassung A-B2

eg **Entlassungsgewicht**
Eingetragen wird das Körpergewicht des Patienten, das als letztes vor der Abreise gemessen wird. Die Angabe erfolgt in ganzen Kilogramm. Mögliche Werte sind 020 bis 500.

Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (=missing, fehlende Angabe). Eintragung bitte rechtsbündig.

et **Entlassungstag**
Unter Entlassungstag wird der Tag der Abreise aus der jeweiligen Rehaeinrichtung verstanden. Es stehen jeweils drei Doppelkästchen zur Verfügung für Tag-Monat-Jahr (TT MM JJ). Mögliche Werte für das erste Doppelkästchen (Tag) sind 01 bis 31, für das zweite (Monat) 01 bis 12, für das dritte (Jahr) 00 bis 99. Die ersten beiden Doppelkästchen sind vorbesetzt mit 00. Die Eintragungen erfolgen rechtsbündig; falls hierbei ein Kästchen nicht benötigt wird, soll eine 0 eingetragen werden, z.B. 060898.

ef **Entlassungsform**
Mögliche Entlassungsformen sind: 1 = regulär, 2 = vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, 3 = vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, 4 = vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, 5 = disziplinarisch, 6 = verlegt, 7 = verstorben.

Als regulär abgeschlossen gilt die Rehabilitationsmaßnahme, wenn der Bewilligungsrahmen einschließlich der ggf. erforderlichen Verlängerung ausgeschöpft wurde oder wenn der Bewilligungszeitraum nicht vollständig benötigt wurde, weil das Rehabilitationsziel früher erreicht werden konnte.

Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung wird ein Rehabilitand aus medizinischen Gründen entlassen, wenn eine Belastbarkeit für rehabilitative Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht, eine spezielle Diagnostik oder Therapie zu Lasten der Krankenkasse am Heimatort erforderlich oder eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgversprechend ist.

Eine vorzeitig Entlassung mit ärztlichem Einverständnis erfolgt auf Wunsch des Rehabilitanden aus dringenden persönlichen Gründen.

Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis bedeutet, dass der Rehabilitand die Maßnahme eigenmächtig abgebrochen hat und gilt auch für die Abreise am Aufnahmetag.

Verlegt wird ein Rehabilitand in eine andere Rehabilitationseinrichtung oder in akutmedizinische Behandlung.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

af**Arbeitsfähigkeit**

Es ergeben sich folgende Möglichkeiten:

0 = Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen,

1 = arbeitsfähig,

2 = Hausfrau,

3 = arbeitsunfähig,

4 = Kinderheilbehandlung,

5 = Beurteilung nicht erforderlich.

Berufstätige, Arbeitslose und Bezieher von EU/BU-Renten müssen zum Abschluß der Rehabilitation hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Alle anderen Rehabilitanden werden mit der Personengruppe verschlüsselt, der sie zuzuordnen sind. Der Schlüssel 0 bleibt den seltenen Fällen vorbehalten, in denen der Rehabilitand die Einrichtung so frühzeitig verläßt, dass eine Aufnahmeuntersuchung nicht erfolgen konnte oder der Rehabilitand während des Aufenthaltes verstorben ist.

Die Arbeitsunfähigkeit bezieht sich grundsätzlich auf die zuletzt ausgeübte regelmäßige berufliche Tätigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Krankenkassenrechtes ist nicht gleichzusetzen mit der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben im rentenrechtlichen Sinn. Ein Patient kann beispielsweise durch eine interkurrente Erkrankung für seine letzte berufliche Tätigkeit zugleich arbeitsunfähig und vollschichtig leistungsfähig sein. Eine Unterschenkelfraktur bedingt eine 4 - 6 wöchige Arbeitsunfähigkeit, aber zunächst keine Leistungsunfähigkeit im Erwerbsleben. Umgekehrt liegt bei aufgehobenem Leistungsvermögen - zeitlicher Umfang unter zwei Stunden - immer Arbeitsunfähigkeit vor. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Mögliche Werte sind 0, 1, 2, 3, 4, 5. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

d 1 - 5 i**Entlassungsdiagnosen**

In diesen Feldern werden die Entlassungsdiagnosen verschlüsselt. Die Verschlüsselung der medizinischen Diagnose ist nach dem gemeinsamen einheitlichen Diagnoseschlüssel der Rentenversicherungen und Krankenversicherungen vorzunehmen. Er wird von der BfA herausgegeben und ist bei den Rentenversicherungsträgern erhältlich. Er enthält alle dreistelligen Codes der allgemeinen Systematik der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), 9. Revision, ausgewählte vierstellige aus der ausführlichen Systematik sowie spezifische vier- und fünfstellige Codes für rehabilitationsrelevante Diagnosen. Er ist mit der Original-ICD kompatibel, weshalb die dort enthaltenen Codes ebenfalls verwandt werden können. Entstehende Leerstellen dürfen nicht mit einer 0 versehen werden. Drei- und vierstellige Schlüssel werden linksbündig eingetragen.

Mögliche Werte sind 00001 bis 99998. Das Feld ist vorgesetzt mit 99999 (= missing, fehlende Angabe).

d 1 - 5 z**(Diagnosen -) Zusatz**

Der Zusatz ermöglicht die Codierung häufig vorkommender klinischer Erscheinungsformen, die mit der ICD nicht wiedergegeben werden können. Die Aussagen sind:

0 = kein Zusatz,

1 = z.Z. erscheinungsfrei,

- 2 = akuter Schub/Rezidiv,
- 3 = chron. progredient,
- 4 = Z.n.,
- 5 = Z.n. OP,
- 6 = Z.n. Amputation von Extremitäten/Z.n. Transplantation,
- 7 = Endoprothese/Herzschrittmacher/ Bypass,
- 8 = Dialyse/Gefäßdilatation/Thrombektomie.

Mögliche Werte sind 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

d 1 - 5 s**(Diagnosen -) Sicherheit**

Hier ist zu verschlüsseln, ob die Diagnose gesichert ist oder ob es sich um Verdacht auf eine Erkrankung handelt. Die Aussagen sind 0 = gesicherte Diagnose, 1 = Verdachtsdiagnose.

Mögliche Werte sind 0 und 1. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

d1 - 5 b**Behandlungsergebnis**

Für jede der aufgeführten Diagnosen muss das Rehabilitationsergebnis angegeben werden. Mögliche Aussagen sind:

- 0 = 1 - 3 trifft nicht zu,
- 1 = gebessert,
- 2 = unverändert,
- 3 = verschlechtert,
- 9 = entfällt (gestorben).

Als Besserung im Sinne des Behandlungsergebnisses wird auch gewertet, wenn die Therapie optimiert werden konnte, die Krankheitsbewältigung verbessert oder kompensierende Fähigkeiten erarbeitet werden konnten, auch wenn die Grunderkrankung unbeeinflussbar bleibt.

Mögliche Werte sind 0, 1, 2, 3, 9. Das Feld ist vorbesetzt mit 8 (= missing, fehlende Angabe).

d 1 - 5 br**Beschwerdenrelevanz**

Für jede Diagnose soll eine Beschwerderelevanz angegeben werden, d.h. inwieweit der Patient durch die klinische Symptomatik (Schmerz, Funktionseinschränkungen etc.) im täglichen Leben eingeschränkt ist. Die Beschwerderelevanz bestimmt auch Intensität und Dringlichkeit der durchzuführenden Diagnostik und Therapie. Die möglichen Aussagen sind:

- 1 = keine,
- 2 = geringe,
- 3 = mittlere,
- 4 = große Relevanz.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Aussage).

d 1 - 5 sr**Sozialmedizinische Relevanz**

Hier soll die sozialmedizinische Relevanz für die entsprechende Diagnose eingeschätzt werden, d.h. inwieweit sich Schmerzen, Beschwerden, Funktionseinschränkungen etc. tatsächlich im täglichen Leben (Beruf, Familie, Freizeit) auswirken. Mögliche Ausprägungen sind:

- 1 = keine,
- 2 = geringe,
- 3 = mittlere,

4 = große Relevanz.

Eine mittlere oder große sozialmedizinische Relevanz haben Beschwerden/Funktionseinschränkungen dann, wenn z.B. daraus familiäre Belastungen, sozialer Rückzug, Verzicht auf gewohnte Freizeitaktivitäten oder Arbeitsplatzverlust drohen.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

edk bis esa**Empfohlene Maßnahmen**

Diese Angaben werden benötigt, um eine nahtlose Weiterversorgung und damit den Erfolg der Rehabilitation längerfristig zu gewährleisten.

edk**Diagnostische Klärung**

Die diagnostische Klärung im Rahmen der Reha-Nachsorge sollte immer dann angeregt werden, wenn während des Heilverfahrens Verdachtsmomente für das Vorliegen einer bedrohlichen Neuerkrankung oder Komplikationen einer bereits bekannten Erkrankung festgestellt wurden, die diagnostischen Mittel der Rehaeinrichtung aber zur weiteren Abklärung nicht ausreichen und die Situation auch keine akute Verlegung erfordert.

esb**Stationäre Behandlung**

Eine stationäre Behandlung nach Entlassung aus dem Heilverfahren ist dann angezeigt, wenn sich z.B. während des stationären Heilverfahrens eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes eingestellt hat und nach Entlassung eine ambulante Betreuung unter häuslichen Bedingungen nicht möglich ist. Das Feld muss nicht angekreuzt werden bei einer Akutverlegung während des Heilverfahrens.

eop**Operation**

Wenn aus Krankheitsverlauf und durchgeführter Diagnostik klar erkennbar wird, dass eine bestimmte Krankheitssituation nur mit Hilfe einer Operation beseitigt werden kann, muss das Feld Operation angekreuzt werden. Z.B. wird eine Whipple-Operation empfohlen bei chronischer Pankreatitis und nachweisbarer Abflußbehinderung in Gallen- oder Pankreaswegen. Ist es nicht klar, ob eine Operation oder ein anderes therapeutisches Vorgehen angezeigt ist, sollte das Feld diagnostische Klärung angekreuzt werden.

ept**Psychotherapie**

Ist während des Heilverfahrens im Rahmen einer psychiatrischen Erhebung oder einer psychotherapeutischen Betreuung deutlich geworden, dass der Patient eine längerfristige psychotherapeutische Betreuung am Heimatort benötigt, ist das Feld Psychotherapie anzukreuzen.

**ers
ert****Rehasport
Rheumatraining**

Die Rentenversicherung übernimmt Rehabilitationssport und Funktionstraining in unmittelbarem Anschluß an eine Leistung zur Rehabilitation, wenn ein solcher Bedarf vom Arzt der Rehabilitationseinrichtung festgestellt wurde. Dabei handelt es sich vor allem um bewegungstherapeutische Übungen, die als Gruppenbehandlung unter fachkundiger Anleitung mit und ohne ärztliche Betreuung im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Rehabilitations-sport und Funktionstraining können grundsätzlich bei jeder Behinderungsart in Betracht kommen. Maßgeblich im Einzelfall ist die medizinische Beurteilung durch den behandelnden Arzt. Für Rehasport und Rheumafunktionstraining müssen gesonderte Formulare bei Entlassung ausgefüllt werden.

esh**Selbsthilfegruppe**

Der Anschluß an eine Selbsthilfegruppe am Heimatort erscheint immer dann sinnvoll, wenn dadurch der erreichte Behandlungserfolg gesichert oder verbessert werden kann. Beispiele sind Selbsthilfegruppen für Alkoholkranke zur Festigung der bisherigen Alkoholabstinenz oder Selbsthilfegruppen für Übergewichtige zur Sicherung einer weiteren Gewichtsreduktion. Aber auch die Übernahme von Eigenverantwortung kann durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen weiter gestärkt werden, z.B. Selbsthilfegruppen für Diabetiker, für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, mit Zöliakie, für Pankreatektomierte etc.

esr**Suchtreha**

Wenn eine Besserung psychischer oder somatischer Beschwerden im Rahmen eines Rehaverfahrens nicht gelingt oder nicht aussichtsreich erscheint bzw. nach Entlassung wieder eine Verschlechterung zu erwarten ist, weil der Patient bezüglich eines Suchtverhaltens nicht entwöhnt werden kann, kann evtl. eine vorgeschaltete Suchtreha sinnvoll sein. In diesem Fall wird das Feld Suchtreha angekreuzt.

esu**Suchtberatung**

Falls ein Suchtverhalten bereits vor dem Heilverfahren bekannt ist oder während des Heilverfahrens offenkundig wird, eine Suchtreha aus verschiedenen Gründen aber nicht infrage kommt, dann sollte über die Rehanachsorge eine Suchtberatung angeregt werden.

esn**Spezielle Nachsorge**

Hierunter werden besondere regionale Nachsorgeprojekte verstanden; hierzu zählt z.B. auch die onkologische Nachsorge nach Entlassung aus dem Heilverfahren.

esw**Stufenweise Wiedereingliederung**

Eine stufenweise Wiedereingliederung kann empfohlen werden, wenn die letzte berufliche Tätigkeit zwar zugemutet werden kann, aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Situation aber eine gleitende Wiedereingewöhnung in den Arbeitsprozeß für erforderlich gehalten wird. Der Rehabilitand beginnt beispielsweise mit einer zweistündigen Tätigkeit die in enger Zusammenarbeit des Betriebsarztes mit dem behandelnden Arzt bis auf eine vollschichtige Tätigkeit gesteigert wird, um den Rehabilitanden schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten. Dabei muss die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb des Leistungszeitraumes für den Bezug des Krankengeldes (auf maximal 78 Wochen) abgeschlossen sein. Während der Wiedereingliederung gilt der Rehabilitand als arbeitsunfähig und erhält Krankengeld. Die Entlassung aus der stationären Rehabilitation müßte in solchen Fällen als arbeitsunfähig erfolgen. Die stufenweise Wiedereingliederung sollte vor der Entlassung mit der zuständigen Krankenkasse, dem Arbeitgeber (Betriebsarzt) und dem Vertragsarzt vereinbart werden.

ebf**Berufsfördernde Leistung**

Dieses Feld ist immer dann anzukreuzen, wenn berufsfördernde Leistungen erwogen oder als erforderlich angesehen werden. Berufsfördernde Maßnahmen können vorgeschlagen und beantragt werden, wenn die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit wahrscheinlich nicht wieder oder nicht auf Dauer ausgeübt werden kann, für andere berufliche Tätigkeiten aber nicht aufgehoben ist.

Berufsfördernde Leistungen umfassen insbesondere: Arbeitsplatzbeschaffung ggf. mit befristetem Lohnkostenzuschuß; behindertengerechte Arbeitsplatzumrüstung; Anlernmaßnahme teilweise mit Lohnkostenübernahme; Auffrischungs- oder Weiterbildungskurs bzw. Lehrgang; Zuschuß zum Kauf eines Fahrzeuges oder dessen geeignete Umrüstung für Versicherte, die nicht in der Lage sind ein öffentliches Ver-

kehrsmittel zu benutzen, um den Arbeitsplatz zu erreichen.; Umschulung in einem Berufsförderungswerk; Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte.

ebi**innerbetriebliche Umsetzung****eba****Arbeitsplatzüberprüfung**

Wird gezielt eine innerbetriebliche Umsetzung oder eine Arbeitsplatzüberprüfung nach Entlassung aus dem Heilverfahren angestrebt, so sollten berufsfördernde Leistungen und eine dieser gezielten Maßnahmen angekreuzt werden.

egr**Gewichtsreduktion****eak****Alkoholkarenz****enk****Nikotinkarenz**

Diese Felder sind nur anzukreuzen, wenn der Patient ausdrücklich daraufhingewiesen wurde, dass Übergewicht, Alkohol oder Nikotinkonsum seinen Krankheitsverlauf und die Prognose ungünstig beeinflussen.

ehh**Heil- und Hilfsmittel**

Erweisen sich Heil- bzw. Hilfsmittel als sinnvoll und zweckmäßig zur Erreichung des Rehabilitationszieles, so ist die Versorgung mit diesen über die Rehanachsorge anzuregen. Zu den Heil- und Hilfsmitteln gehören z.B. Gehhilfen, Orthesen, Prothesen, Vorfußentlastungsschuhe, orthopädische Schuhe bis hin zu Spezialschuhen für den Arbeitsplatz, technische Hilfsmittel im Wohnbereich etc.

ewr**Wiederholung Rehabilitation**

Wenn eine Rehabilitationsmaßnahme wegen einer zwischenzeitlich aufgetretenen akuten Erkrankung nicht zu Ende durchgeführt werden kann, es aber möglich erscheint, nach erfolgreicher Therapie dieser akuten Erkrankung durch eine erneute Heilbehandlung die angestrebten Rehabilitationsziele zu erreichen, dann sollte eine Wiederholungsrehabilitation angeregt werden.

esa**Sonstige Anregungen**

Hierunter fallen alle Anregungen, die nicht einem der oben angeführten Bereiche zugeordnet werden können. Beispiele hierfür sind weitere spezielle fachärztliche Betreuung ohne Diagnostik, stationäre Behandlung oder Operation (s.o.), Sozialberatung etc.

khk**Kontaktaufnahme mit Hausarzt**

Die Möglichkeiten sind nein und durchgeführt. Eine Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt vor Entlassung des betreffenden Patienten aus der stationären Heilbehandlung kann aus sehr vielfältigen Gründen sinnvoll sein. z.B. ist eine solche Kontaktaufnahme immer dann sinnvoll, wenn unter empfohlenen Maßnahmen diagnostische Klärung, stationäre Behandlung oder Operation angekreuzt wurde. Die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt wird in den meisten Fällen durch den Rehabilitationsarzt geschehen.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nein, 1=durchgeführt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

kab**Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt**

Die Möglichkeiten sind: nein, durchgeführt, Patient empfohlen, vom Patienten abgelehnt. Die Kontaktaufnahme mit dem Betriebsarzt ist dann sinnvoll, wenn nach Möglichkeiten einer innerbetrieblichen Umsetzung oder Arbeitsplatz erleichterungen gesucht wird. Die Kontaktaufnahme mit dem Betriebsarzt wird in der Regel vom Sozialberater der entsprechenden Rehabilitationsklinik ausgehen, kann aber auch vom Stationsarzt ausgehen.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nein, 1=durchgeführt, 2=Pat. empfohlen, 3=vom Patienten abgelehnt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

kag**Kontaktaufnahme mit BG**

Die Möglichkeiten sind: nein, durchgeführt, Patient empfohlen, vom Patienten abgelehnt.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nein, 1=durchgeführt, 2=Pat. empfohlen, 3=vom Patienten abgelehnt. Das Feld ist vorbesetzt mit 0 (= missing, fehlende Angabe).

alb**Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit möglich**

Die Möglichkeiten sind: 1 = vollschichtig, 2 = halb- bis unter vollschichtig, 3 = zwei Stunden bis unter halbschichtig, 4 = unter zwei Stunden. Hier erfolgt die Beurteilung des zeitlichen Umfanges der zuletzt ausgeübten Tätigkeit.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

kas**körperliche Arbeitsschwere**

Hier erfolgt die Bewertung der körperlichen Arbeitsschwere orientiert an der Refatabelle. Die Ausprägungen sind: 1 = schwere, 2 = mittelschwere, 3 = leichte bis mittelschwere, 4 = leichte Arbeit.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Arbeitshaltung**ast****Arbeiten im Stehen****asi****Arbeiten im Sitzen****age****Arbeiten im Gehen**

Die vorgegebenen Zeitkategorien zur Arbeitshaltung definieren den für jede Arbeitshaltung zumutbaren maximalen Zeitrahmen, aus denen sich dann auch folgerichtig die im Einzelfall erforderlichen Haltungswechsel ergeben. Die Auswahlmöglichkeiten sind wie folgt definiert: 1 = ständig, 2 = überwiegend, 3 = zeitweise. Jeder Arbeitshaltung ist eine Zeitkategorie zuzuordnen.

ständig:	91 - 100 % der Arbeitszeit oder mehr als 12x/Stunde.
überwiegend:	51 - 90 % der Arbeitszeit.
zeitweise:	ca. 10 % der Arbeitszeit.

Die möglichen Werte für alle drei Kategorien sind 1, 2, 3. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Arbeitsorganisation**ats****Tagschicht****afs****Früh-/Spätschicht****ans****Nachtschicht**

Bei jedem Patienten ist für das gültige Leistungsbild auch die zumutbare Arbeitsorganisation auszuwählen. Je nach Zumutbarkeit können ein, zwei oder alle drei Felder angekreuzt werden.

Tagschicht: Arbeiten innerhalb eines Zeitrahmens von 6.00 bis 18.00 Uhr. Sie wird auch als Normalschicht bezeichnet.

Früh-/Spätschicht: Zweischichtsystem mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage, dabei ist ungünstiger Schichtwechsel möglich. Die oft ge-

brauchte Schichtarbeit ist kein einheitlicher Begriff, ihre Bedeutung hängt von der jeweiligen Abweichung zur Tagschicht ab.

Nachtschicht: Meist im Ein- oder Dreischichtsystem.

Bei der Eingabe sind folgende Möglichkeiten vorgegeben: 0=trifft nicht zu, 1=trifft zu. Jede Aussage ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Einschränkungen oder negatives Leistungsbild

esk	keine wesentlichen Einschränkungen
ess	Sinnesorgane
esg	geistige/physische Belastbarkeit
esp	Bewegungs-/Haltungsapparat
esf	Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

Angekreuzt werden der oder die Bereiche, denen funktionelle Beeinträchtigungen zuzuordnen sind. Dabei schließen leichte oder auch mittelschwere Arbeiten (siehe kas - körperliche Arbeitsschwere) bestimmte Beanspruchungen aus. Diese sind daher nicht zusätzlich anzuführen. Beispielsweise ist das Heben und Tragen mittelschwerer Lasten - 10 - 15 kg - in der Kategorie leichte Arbeit bereits ausgeschlossen, wenn es häufiger als gelegentlich erforderlich ist.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft zu. Jede Aussage ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Zeitlicher Umfang

aab Ausübung einer Tätigkeit entsprechend dem o.a. Leistungsbild möglich

Anzugeben ist der zeitliche Umfang in denen berufliche Tätigkeiten entsprechend dem Leistungsbild ausgeübt werden können. Es bedeutet dabei: 1 = vollschichtig, 2 = halb- bis untermittelschichtig, 3 = 2 Stunden bis unter halbschichtig, 4 = unter 2 Stunden.

Mögliche Werte sind 1, 2, 3, 4. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ma Motivation zur Arbeitsaufnahme

Bezüglich der Motivation zur Arbeitsaufnahme muss eine der folgenden Aussagen durch ankreuzen zugeordnet werden: Keine/gering, vorhanden, unklar.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0 = trifft nicht zu, 1 = trifft zu. Das Item ist vorbesetzt mit (9 = missing, fehlende Angabe).

zvd - zsb Erreichen der Rehabilitationsziele aus Sicht des Arztes

Es werden nur diejenigen Rehabilitationsziele aufgeführt, die auf dem Basisblatt Arzt Aufnahme vom Arzt als wichtig oder sehr wichtig angekreuzt wurden. Mögliche Aussagen zur Beurteilung der Zielerreichung sind: nicht erreicht, teilweise erreicht, erreicht. Jedem Rehabilitationsziel, das bei Aufnahme als wichtig oder sehr wichtig gekennzeichnet worden war, muss eine dieser Aussagen durch ankreuzen zugeordnet werden. Die Beurteilung erfolgt aus ärztlicher Sicht. Die Beurteilung aus Sicht des Patienten soll hier nicht eingehen und kann sogar von der Beurteilung seitens des Arztes unterschiedlich sein.

Bei der Eingabe der Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0 = nicht erreicht, 1 = teilweise erreicht, 2 = erreicht. Jede Aussage ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

gz**Gesundheitszustand**

Subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes am Ende der Reha-Maßnahme. Dieselbe Frage wurde bereits zu Beginn des Heilverfahrens gestellt, ein Vergleich ist daher möglich. Durch Ankreuzen erfolgt eine Einfachauswahl aus fünf Möglichkeiten: sehr gut - gut - zufriedenstellend - weniger gut - schlecht.

Bei der Eingabe des Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=schlecht, 1=weniger gut, 2=zufriedenstellend, 3=gut, 4=sehr gut. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

zvd bis zsb**Erreichen der Rehabilitationsziele aus Sicht des Patienten**

Es werden nur diejenigen Rehabilitationsziele aufgeführt, die auf dem Basisblatt Patient Aufnahme vom Patienten als wichtig oder sehr wichtig angekreuzt wurden. Mögliche Aussagen zur Beurteilung der Zielerreichung sind: nicht erreicht, teilweise erreicht, erreicht. Jedem Rehabilitationsziel muss eine dieser Aussagen durch Ankreuzen zugeordnet werden. Die Beurteilung erfolgt allein aus Sicht des Patienten. Die Beurteilung aus ärztlicher Sicht soll hier nicht eingehen und kann sogar von dieser unterschiedlich sein.

Bei der Eingabe der Items sind folgende Ziffern vorgegeben: 0=nicht erreicht, 1=teilweise erreicht, 2=nicht erreicht. Jede Aussage ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

5.2 Das Modul Oberer Gastrointestinaltrakt (O)

5.2.1 Einführung

Bei Erkrankungen und Funktionsstörungen von Ösophagus, Magen und Duodenum unter Einschluß postoperativer Zustände wird eine gesonderte organspezifische Befunderfassung vorgenommen. Ziel ist eine Dokumentation der wesentlichen Symptome und Befunde zu Beginn der Rehabilitation und der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen während des Rehaprozesses.

5.2.2 Bogenstruktur

Nach Aufnahme ist ein Erfassungsbogen **A-O1** durch den Arzt und ein weiterer Bogen **P-O1** durch den Patienten auszufüllen. Vor Entlassung ist vom Arzt noch ein zweiter Bogen **A-O2** auszufüllen.

5.2.3 Anwendung

Die Bögen für den oberen Gastrointestinaltrakt sollten angelegt werden, wenn die Hauptdiagnose und/oder wichtige Reha-Ziele und/oder wesentliche sozialmedizinische Einschränkungen sich darauf beziehen.

5.2.4 Datenerhebung

Der ärztliche Aufnahmebogen **A-O1** sollte möglichst im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung, spätestens beim nachfolgenden Patientenkontakt ausgefüllt werden. Der Bogen **P-O1** wird dem Patienten bereits vor oder bei der Aufnahmeuntersuchung ausgehändigt und sollte innerhalb ein bis zwei Tagen ausgefüllt zurückgegeben werden. Der ärztliche Entlassungsbogen **A-O2** sollte mit der Entlassungsuntersuchung fertiggestellt werden. Die Erfassungsbögen sind so gestaltet, dass in der Regel pro Zeile ein Kreuz zu setzen ist.

5.2.5 Items

5.2.5.1 Bogen A-O1

Operationen an Ösophagus und Magen

opo

opf

opu

op1

op2

opy

ops

Ösophagusresektion

Fundoplikatio

Ulcusübernähung

BI-Resektion

BII-Resektion

Resektion mit Y-Roux

sonstige Operationen

Es werden 6 in der Rehabilitation häufig anzutreffende Eingriffe und die Möglichkeit für **sonstige Operationen** einschließlich nachträglicher Eingriffe wegen Nachblutung, Anastomoseninsuffizienz, etc. vorgegeben. Jede Zeile ist gesondert zu markieren. **Ja** - bitte nur bei gesicherten Angaben ankreuzen, sonst als **unklar** markieren.

Mögliche Werte aller Felder sind 0=nein, 1=ja, 8=unklar, 9=missing. Die Felder sind vorbestimmt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Monat und Jahr der letzten o.g. Operation

Diese Items beziehen sich auf den letzten Haupteingriff. Revisionseingriffe wegen Nachblutung, Anastomoseninsuffizienz, etc. werden hier nicht erfasst.

lom

Monat der letzten o.g. Operation

Mögliche Eingaben sind 01-12. Das Feld ist vorbesetzt mit 99=missing.

loj

Jahr der letzten o.g. Operation

Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

bekannte Erkrankungen, Diagnosesicherung

Es werden 8 in der Rehabilitation häufig anzutreffende Erkrankungen vorgegeben. Jede Zeile ist gesondert zu markieren. Wenn bei gesicherter oder unklarer Diagnose typische klinische Symptome bestehen oder bestanden, ist dies gesondert anzukreuzen. Die Diagnosesicherung sollte möglichst auf gesicherten Angaben basieren, sonst **unklar**.

vfd

funktionelle Dysphagie

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=klinisch, 3=Manometrie, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

vre

Refluxkrankheit

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=klinisch, 2=durch Endoskopie, 3=durch pH-Metrie, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

vuv

Ulcus ventriculi

vud

Ulcus duodeni

vub

Ulкусblutung/-perforation

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=klinisch, 3=durch Röntgen, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

vga

A-Gastritis

vgb

B-Gastritis

vgc

C-Gastritis

A-Gastritis: chronische Gastritis mit überwiegender Manifestation im Korpus auf dem Boden einer Autoimmunerkrankung (Achlorhydrie, Vitamin B12-Mangel).

B-Gastritis: chronische Gastritis mit überwiegender Manifestation im Antrum durch Besiedlung mit *Helicobacter pylori*.

C-Gastritis: chemisch bedingte chronische Gastritis, z.B. durch Gallereflux.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=klinisch, 2=histologisch, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

Helicobacter-Status, Eradikation

vhp

Vorbefund

Mögliche Werte sind 0=negativ, 1=positiv, 7=nicht untersucht, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

ve

Eradikation

Mögliche Werte sind 0=nicht erfolgt, 1=erfolgt, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

vee**Ergebnis**

Markierung möglichst nach gesicherten Angaben, sonst **unklar**.

Mögliche Werte sind 0=nicht eradiziert, 1=eradiziert, 8=nicht kontrolliert, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

vfo**funktionelle Oberbauchbeschwerden**

Bezieht sich auf eine ärztliche Aussage oder Untersuchung, nicht auf Krankheitsvorstellungen von Nichtmediziner:innen.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=ja, 8=unklar, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

5.2.5.2 Bogen P-O1

Die Items b1 bis b9 sind in teilweise modifizierter Form dem gastrointestinalen Lebensqualitätsindex (GLQI) nach Eypasch et al. [Chirurg (1993) 64: 264-274] entnommen. Aus diesen Items wird ein Beschwerde-Score errechnet und ein Prozentrangwert ermittelt, den dieser Patient in einer Stichprobe aus dem Probelauf des MEGARDO-Instrumentariums einnehmen würde. Der Prozentrangwert wird auf dem Problemlblatt ausgedruckt.

Beschwerden von Ösophagus, Magen, Duodenum

b1	Sodbrennen
b2	Medikamente wegen Sodbrennen
b3	Schmerzen im Oberbauch
b4	Medikamente wegen Oberbauchschmerzen
b5	Schluckstörungen
b6	Blähungen
b7	Durchfall
b8	Erbrechen
b9	Aufstoßen

Die Fragen beziehen sich ausschließlich auf den Zeitraum von 2 Wochen vor Beginn der Rehabilitation. Der Patient soll auf einer 5-stufigen Skala angeben, wie sehr die Aussagen auf ihn zutreffen.

die ganze Zeit:	praktisch täglich
meistens:	Tage mit Beschwerden häufiger als Tage ohne Beschwerden
hin und wieder:	Tage mit Beschwerden seltener als Tage ohne Beschwerden
selten:	nur an wenigen Tagen
nie:	nie

Mögliche Werte sind 0=nie, 1=selten, 2=hin und wieder, 3=meistens, 4=die ganze Zeit, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

kg**Körpergewicht**

Erfragt wird das Körpergewicht des Patienten vor etwa 1 Jahr. Die Angabe erfolgt eventuell gerundet in ganzen Kilogramm.

Mögliche Werte sind 20 bis 500. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (=missing, fehlende Angabe).

Ulusanamnese

vg**früheres Ulkus**

Es wird nach einem früheren Ulkus gefragt.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

vgj**Jahresangabe**

Wenn ein Ulkus angegeben wurde, soll hier das Jahr eingetragen werden.

Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

vgd

Zur Methode der Diagnosesicherung können alternativ 4 Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden.

Mögliche Eingaben sind 1=durch Magenspiegelung, 2=durch Röntgen des Magens, 3=ohne eine apparative Untersuchung, 8=ich weiß es nicht mehr, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9.

5.2.5.3 Bogen A-O2**ob****obere Endoskopie**

Es ist anzugeben, wenn während der Rehabilitation eine Endoskopie durchgeführt worden ist. Bei pathologischem Befund entfällt Markierung, da nachfolgend eine genauere Befundbeschreibung erfolgt. Unvollständige Untersuchungen sind bei geringer Aussagefähigkeit als **nicht durchgeführt** zu klassifizieren.

Mögliche Eingaben sind 0=unauffälliger Befund, 6=von Patient abgelehnt, 7=nicht durchgeführt, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

morphologische Befunde

Es werden 8 in der Rehabilitation häufig anzutreffende endoskopische Diagnosen und die Möglichkeit für **sonstige pathologische Befunde** vorgegeben. Mehrfachangaben sind möglich.

er**Refluxösophagitis**

Bei Vorliegen einer Refluxösophagitis ist dieses Feld zu markieren.

Mögliche Eingaben sind 1=ja, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

erg**Grad nach Savary-Miller**

Eine Refluxösophagitis ist nach der Stadieneinteilung von Savary und Miller einzustufen:

- Grad I: einzelne Erosionen;
- Grad II: konfluierende Erosionen;
- Grad III: konfluierende Erosionen, welche die gesamte Zirkumferenz des Ösophagus einnehmen;
- Grad IV: Ulzera, Ersatz des zerstörten Plattenepithels durch Zylinderepithel (Barrett-Ösophagus), Vernarbungen in Form von Längsschrumpfungen oder peptischen Stenosen.

Mögliche Eingaben sind die Ziffern 1 bis 4 und 9. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

eb**Barrett-Ösophagus**

Dieses Items ist anzukreuzen, wenn ein Barrett-Ösophagus gefunden wurde.

Mögliche Eingaben sind 1=ja, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ebi**Längenausdehnung**

Die Längenausdehnung bei Barrett-Ösophagus von der Zwerchfellzwinde bis zur Ora serrata ist in cm anzugeben.

Mögliche Eingaben sind 0 bis 98. Das Feld ist vorbesetzt mit 99=missing.

em**sonstige Ösophagitis****es****Stenose****esr****Speiseretention****eau****Anastomosenuleus****euv****Ulcus ventriculi, floride****eud****Ulcus duodeni, floride****enb****Narbenbulbus****eso****sonstige path. Befunde**

Mögliche Eingaben sind 1=ja, 9=missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

Helicobakter pylori**hpu****Urease-Test****hph****Histologie**

Bei durchgeführter Endoskopie ist jede Zeile gesondert zu markieren.

Mögliche Eingaben sind 0=negativ, 1=positiv, 8=nicht untersucht, 9=missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

spezielle Diagnostik

Es werden 6 in der Rehabilitation häufig anzutreffende spezielle Untersuchungen und die Möglichkeit für **sonstiges** vorgegeben. Jede Zeile ist gesondert zu markieren.

dpo**pH-Metrie Ösophagus****dpm****pH-Metrie (Rest-)Magen****dmp****Ösophagus-Manometrie****dme****Magenentleerung****drm****Röntgen (Magen-Darm-Passage)****dca****Urease-C13-Atemtest****dso****sonstiges**

Mögliche Eingaben sind 0=nicht durchgeführt, 1=o.B., 2=path. Befund, 6=abgelehnt, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

Beratung/Schulung

Es werden 5 in der Rehabilitation häufig anzutreffende Themenbereiche für Beratung und Schulung bei benignen Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes und die Möglichkeit für **sonstiges** vorgegeben. Jede Zeile ist gesondert zu markieren.

tfs**post-Op-Folgestörungen****tfb****funktionelle Beschwerden****tpe****peptische Erkrankung****ter****Ernährung****tsz****sozial****tso****sonstiges**

Mögliche Eingaben sind 0=entfällt, 1=Einzeln (10 min), 2=Gruppe, 3=Einzeln und Gruppe, 6=abgelehnt, 9=missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

medikamentöse Therapie

Es werden 4 in der Rehabilitation häufig anzutreffende Medikamentengruppen für die Behandlung von benignen Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes und die Möglichkeit für **sonstige** vorgegeben. Jede Zeile ist gesondert zu markieren.

tss**Säuresuppression****tpk****Prokinetika****tpp****Psychopharmaka****tvi****Vitamine****tst****sonstige**

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=neu angesetzt, 2=fortgesetzt, 3=geändert, 4=abgesetzt, 8=abgelehnt, 9=missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

thp**HP-Eradikation**

Markierung erforderlich bei positivem Ergebnis des Urease-Tests und/oder der Histologie bei der durchgeführten Endoskopie.

Mögliche Eingaben sind 0=nicht durchgeführt, 1=durchgeführt, 8=von Patient abgelehnt, 9=missing. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

5.3 Das Modul Unterer Gastrointestinaltrakt (U)

5.3.1 Einführung

Für alle Patienten mit Erkrankungen oder Beschwerden aus dem unteren Gastrointestinaltrakt wird eine Serie von Zusatzbögen erstellt. So ist es möglich, die entsprechenden Beschwerdebilder oder Erkrankungen diagnostisch und therapeutisch zu verfolgen. Die Bögen versuchen Anamnese, Zustand bei Aufnahme, Diagnostik und Therapie während der Rehabilitation zu erfassen. Sie erleichtern und vervollständigen die Diagnostik und standardisieren die Erkrankungsaktivität wichtiger Erkrankungen aus dem unteren Dünndarm oder dem Dickdarm. Die Ergebnisse sind für die in- und externe Qualitätssicherung und für Studien verwendbar.

5.3.2 Bogenstruktur

Für den Aufnahme- (U1) als auch für den Entlassungszeitpunkt (U2) sind Bögen durch den betreuenden Arzt (A-U1 und A-U2) zu erstellen. Der Patient hat nur einen Bogen bei Aufnahme auszufüllen (P-U1).

5.3.3 Anwendung

Die Bögen sollen für alle Patienten mit bekannten Erkrankungen aus dem unteren Gastrointestinaltrakt sowie für Patienten, deren Beschwerden möglicherweise dem unteren Gastrointestinaltrakt zugeordnet werden können, angelegt werden. Ausgenommen sind Patienten mit primärer Tumorerkrankungen aus dem unteren Gastrointestinaltrakt. Sonst spielen die zugrundeliegenden Haupt- und Nebendiagnosen keine Rolle.

5.3.4 Datenerhebung

Die Bögen A-U1 und P-U1 sollen am Aufnahmetag oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Aufnahme erhoben werden. Der Bogen A-U1 wird vom aufnehmenden Arzt ausgefüllt und stützt sich auf die vorhandenen Vorbefunde und die Anamnese. Der Bogen P-U1 wird dem Patienten nach der Aufnahmeuntersuchung ausgeteilt und sollte innerhalb weniger Tagen ausgefüllt zurückgegeben werden.

Der Bogen A-U2 soll im Rahmen der Entlassungsuntersuchung erstellt werden. Er wird von dem die Entlassungsuntersuchung durchführende Arzt ausgefüllt, die zu erhebende Daten stützen sich auf die während der Rehabilitation erhobenen Befunde (Krankenakte) und den klinischen Verlauf.

In der Regel wird in jede Zeile ein Kreuz gesetzt.

5.3.5 Zusatzbögen

Prinzipiell können von MEGAREDO drei Zusatzbögen sowie ein Protokoll erstellt werden. Diese werden dann erstellt, wenn ein Problembereich erkannt wird und genauere Datenerhebungen sinnvoll erscheinen.

5.3.5.1 Zusatzbogen Reizdarm

Der Zusatzbogen Reizdarm dient der Diagnosestellung eines Reizdarm-Syndroms. Hierzu wird der Kruis-Score erhoben.

Bei zwei Bedingungen wird der Zusatzbogen Reizdarm zeitgleich mit dem Problemblatt ausgegeben:

1. wenn der aufnehmende Arzt den Verdacht auf ein Reizdarm-Syndrom äußert, das heißt, wenn Item **rd** = 2 (AU-1), **oder**
2. wenn anhand der Patientenangaben aus PU-1 die Möglichkeit eines Reizdarm-Syndroms gegeben ist, gleichzeitig aber eine organische Erkrankung nicht bekannt ist.

Hat der Patient den Bogen PU-1 ausgefüllt, erscheint die entsprechende Punktzahl, die MEGAREDO erstellt hat, auf dem Zusatzbogen. Dann müssen noch die Ergebnisse aus den übrigen Fragen addiert werden und es ergibt sich der Kruis-Score.

Das Punktergebnis sollte in das Problemblatt eingetragen werden und wird in AU-2 erfragt.

Bewertung:

- Wenn Summe > 44 ist anhand des Kruis-Score eine organische Erkrankung mit 99%er Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen und die Diagnose eines Reizdarm-Syndroms mit 64%er Wahrscheinlichkeit gestellt.

5.3.5.2 Zusatzbogen Morbus Crohn

Der Zusatzbogen M. Crohn wird zeitgleich mit dem Problemblatt ausgegeben, wenn der Verdacht auf eine Aktivität eines vorbekannten M. Crohn vorliegt. Mit Hilfe des CDAI kann eine objektivere Verifizierung der Krankheitsaktivität erfolgen.

Auf dem Zusatzbogen kann Frage 8 errechnet werden, wenn die entsprechende Angabe in MEGAREDO gemacht wurde. Dazu wird **ag** aus A-B1 benötigt.

Als Anhang legt MEGAREDO ein Schmerz- und Stuhlprotokoll vor, das dem Patienten möglichst unmittelbar ausgehändigt werden sollte. Über die nächsten 7 Tage soll der Patient die entsprechenden Angaben protokollieren. Diese Ergebnisse müssen in dem Zusatzbogen eingetragen werden.

Das Punktergebnis sollte in das Problemblatt eingetragen werden und wird in AU-2 erfragt.

Bewertung: CDAI > 150 = akuter Schub

5.3.5.3 Zusatzbogen Colitis Ulcerosa

Der Zusatzbogen Colitis Ulcerosa wird zeitgleich mit dem Problemblatt ausgegeben, wenn der Verdacht auf eine Aktivität einer vorbekannten Colitis ulcerosa vorliegt. Mit Hilfe des CAI kann eine objektivere Verifizierung der Krankheitsaktivität erfolgen.

Als Anhang legt MEGAREDO ein Stuhlprotokoll vor, das dem Patienten möglichst unmittelbar ausgehändigt werden sollte. Über die nächsten 7 Tage soll der Patient die entsprechenden Angaben protokollieren. Die Ergebnisse müssen in dem Zusatzbogen eingetragen werden.

Das Punktergebnis sollte in das Problemblatt eingetragen werden und wird in AU-2 erfragt.

Bewertung: CAI > 4 = akuter Schub.

5.3.6 Items

5.3.6.1 Bogen A-U1

UGI Arzt Aufnahme

odü

Dünndarmoperation

Jede Operation am Dünndarm ist einzutragen. Ileumresektion ist anzukreuzen, wenn ein Teil oder das komplette Ileum entfernt wurden. sonstige Dünndarmresektion ist anzukreuzen, wenn eine Dünndarmresektion distal des Treitz'schen Bandes erfolgte, ohne Großteile des Ileums zu entfernen. Wurden mehrere Operationen durchgeführt, die funktionell zusammen mehr als eine Ileumresektion bedeuten, ist sonstige Dünndarmresektion anzukreuzen. Analoges gilt bei Kombinationen mit Dickdarmoperationen.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Ileumresektion, 3 = Sonstige Dünndarmresektion. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

odi

Dickdarmoperation

Jede transabdominell ausgeführte Dickdarmoperation ist einzutragen, außer Appendektomie, Herniotomie. Diese sind unter ops einzutragen.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Hemikolektomie und weniger, 3 = subtotale/totale Kolektomie, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

ore

Rektumoperation

Gemeint sind Rektumresektion und Rektumexstirpation, nicht proktologische oder anale Operationen.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

oap

Anus präter

Sowohl doppelläufige als auch endständige Stomata sind je nach Lokalisation einzutragen.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Dünndarm passager, 3 = Dünndarm permanent, 4 = Dickdarm passager, 5 = Dickdarm permanent. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

opr

Proktologische Eingriffe

Gemeint sind proktologische oder anale Eingriffe oder Operationen, auch Hämorrhoidensklerosierungen/Ligaturen, perianale Fisteloperationen oder Sinus pilonidales). Es sollen prinzipiell solche Erkrankungen erfasst werden, die die Sphinkterfunktion beeinträchtigen könnten.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

ops

Abdominelle Operation

Jede abdominelle Operation mit Eröffnung des Peritoneums eintragen. Ist letztes unklar, bitte unklar ankreuzen.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

opj

OP-Jahr

Das Jahr der letzten oben genannten Operation vierstellig eintragen.

Mögliche Eingaben sind 0000, 1950-2010. Das Feld ist nicht vorbesetzt.

rd**Reizdarm-Syndrom**

Verdacht bedeutet: klinischer Verdacht ohne dass bislang ein hinreichender Ausschluss einer organischen Erkrankung erfolgte.

gesichert bedeutet entweder

- klinischer Verdacht plus hinreichender, also auch invasiver Ausschluss einer organischen Erkrankung (inklusive Endoskopie und Dünndarmdiagnostik)
- Eindeutiger Score, entweder Kruis-Score oder Rom-Kriterien.

Letztere lauten:

Folgende kontinuierliche oder wiederkehrende Symptome:

- Abdominelle Schmerzen mit Erleichterung bei der Defäkation oder verbunden mit einer Änderung der Stuhlfrequenz oder Stuhlkonsistenz
- und/oder
- gestörte Defäkation (zwei oder mehr der folgenden Kriterien) in mehr als $\frac{1}{4}$ der Zeit oder zu $\frac{1}{4}$ der Gelegenheiten:
 - veränderte Stuhlfrequenz
 - veränderte Stuhlkonsistenz
 - veränderte Stuhlpassage (Pressen oder Dringlichkeit)
- perianaler Schleimabgang gewöhnlicherweise mit Blähungen oder Völlegefühl

Äußert der Arzt den Verdacht auf ein Reizdarm-Syndrom, oder ergibt sich anhand der Patientenfragen Hinweise auf das Vorliegen eines Reizdarm-Syndroms, erstellt MEGAREDO zeitgleich mit dem Problemlblatt einen "Zusatzbogen Reizdarm", mit dessen Hilfe der Kruis-Score errechnet werden kann.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

mc**Morbus Crohn****cu****Kolitis ulcerosa**

Verdacht bedeutet die endoskopische, histologische, radiologische oder klinische Verdachtsdiagnose.

gesichert bedeutet einmalig eindeutige histologische oder radiologische Diagnose oder mehrfache, mindestens im Zeitraum eines halben Jahres, bestätigte histologische oder radiologische Verdachtsdiagnose.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

kd**Kurzdarmsyndrom**

Verdacht bedeutet die klinisch, anamnestische Verdachtsdiagnose.

gesichert bedeutet zusätzlich der positive objektivierte Nachweis (zum Beispiel: Atemtest, oro-coecale Transitzeit)

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

li**Laktoseintoleranz**

Verdacht bedeutet die klinisch anamnestische Verdachtsdiagnose. Ein Verdacht liegt auch dann vor, wenn der klinische Verdacht besteht und der H2-Atemtest bei non-producer nicht zu verwerten ist.

gesichert bedeutet zusätzlich der positive objektivierte Nachweis, also der pathologische H2-Atemtest mit Laktose mit Ausschluss anderer Ursachen eines pathologischen Tests.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

in**Inkontinenz**

Verdacht bedeutet die klinisch, anamnestische Verdachtsdiagnose.

gesichert bedeutet zusätzlich ein pathologischer Score nach Jostarndt oder eine zusätzliche technische Untersuchung, die in der Lage ist die Verdachtsdiagnose zu untermauern (zum Beispiel: eindeutig pathologischer Manometriebefund oder Defäkografie)

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

ob**Obstipation**

Hier wird nach Obstipation im Sinne einer verlangsamten Passage oder nach einer outlet obstruction gefahndet. Als eine normale Stuhlentleerung sollte gelten: Drei geformte Stühle pro Tag bis drei Stühle pro Woche ohne Probleme bei der Defäkation wie zum Beispiel Schmerzen oder vermehrtes Pressen.

Verdacht bedeutet die klinisch, anamnestische Verdachtsdiagnose.

gesichert bedeutet zusätzlich der positive objektivierte Nachweis (zum Beispiel: pathologisch verlängerte oro-fäkale Transitzeit, pathologische Defäkografie).

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = Verdacht, 3 = gesichert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

rem**Remission**

Diese Frage muss nur bei Patienten mit CED beantwortet werden. Es wird erfragt, ob sich der Patient nach Einschätzung des aufnehmenden Arztes in einer klinischen Remission befindet. Ist eine Aktivität nicht sicher ausgeschlossen, wird zeitgleich mit dem Problemlblatt bei M. Crohn ein "Zusatzbogen M.Crohn", bei bekannter Colitis ulcerosa ein "Zusatzbogen Colitis ulcerosa" sowie ein "Schmerz- und Stuhlprotokoll Allgemeinbefinden" ausgehändigt. Mit Hilfe dieser Bögen können dann die Aktivitätsscores CDAI/CAI errechnet werden.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unsicher. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

5.3.6.2 Bogen A-U2**UGI Arzt Entlassung****phc****positiver Hämoccult**

Hier sollen angegeben werden, ob während der Rehabilitation oder bis zu einem halben Jahr zuvor Blut im Stuhl nachgewiesen wurde.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 2 = nicht durchgeführt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Diagnostik:**dpr****Prokto/Rektoskopie****dko****Koloskopie****dso****Sonografie****drö****Röntgen****dma****Manometrie****dh2****H2-Atemtest****dtr****Transitzeit****dst****Stuhluntersuchung****ddi****sonstige Therapieformen**

Auch hier wird pro Zeile nur ein Kreuz gemacht. Wenn die entsprechende diagnostische Maßnahme während der Rehabilitation nicht durchgeführt wurde, ist dies unter nicht unter-

sucht anzukreuzen, außer, wenn die Untersuchung aufgrund von Ablehnung durch den Patienten nicht erfolgte. Dann ist dies bitte unter abgelehnt zu vermerken. Weitere Kreuze sind in dieser Zeile dann nicht zu machen. Kein Vorbefund ist nur dann anzukreuzen, wenn die entsprechende diagnostische Maßnahme durchgeführt wurde und kein Vorbefund vorhanden ist. Verschlechtert, unverändert, verbessert und unklar bezieht sich jeweils auf den Vergleich zum Vorbefund.

Mögliche Eingaben sind 0 = nicht untersucht 1 = verschlechtert, 2 = unverändert, 3 = verbessert, 5 = kein Vorbefund, 6 = abgelehnt, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

din**Indikation zur Diagnostik**

Hier ist der führende Grund, der zur Diagnostik führte anzugeben. Bitte nur ein Kreuz auch in dieser Frage.

Mögliche Eingaben sind 2 = Beschwerden, 3 = Sozialmedizinische Beurteilung, 4 = Therapie/Befundkontrolle, 5 = sonstiges. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

kr1**Kruis 1**

Diese Frage entstammt dem Kruis-Score zur Diagnose des Reizdarm-Syndroms.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Bei CED:**cai****CAI**

Hier ist der CAI einzutragen, falls der Score während der Rehabilitation erhoben wurde.

Mögliche Eingaben sind 0 bis 22. Das Feld ist nicht vorbesetzt.

cda**CDAI**

Hier ist der CDAI einzutragen, falls der Score während der Rehabilitation erhoben wurde.

Mögliche Eingaben sind 0 bis 998. Das Feld ist nicht vorbesetzt.

ks**Kruis-Score**

Hier ist der Kruis-Score einzutragen, falls der Score während der Rehabilitation erhoben wurde.

Mögliche Eingaben sind -212 bis 87. Das Feld ist nicht vorbesetzt.

bda**Beratung Darmerkrankungen****bst****Beratung Stoma****bre****Beratung Reizdarm****bps****Beratung Psyche****ent****Entspannungsübungen****ber****Beratung Ernährung****bsa****Beratung Sozial****bdi****Beratung Sonstiges**

Hier sollten Einzelaktivitäten relevanter Dauer aufgeführt werden (nicht während der Visite) und/oder Gruppenaktivitäten und auch, ob sie angeboten aber abgelehnt wurden oder aus ärztlicher Sicht nicht notwendig waren. Dann entfällt angeben. Unter sonstiges zum Beispiel Nichtrauchertraining, Alltagsdrogen.

Mögliche Eingaben sind 2 = Einzel > 10 min, 3 = Einzel und Gruppe, 4 = Gruppe, 5 = abgelehnt, 6 = entfällt. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

tlo	Therapie lokale Wundversorgung
tdu	Durchfallbehandlung
tla	Therapie Laxantien
tma	antiinflammatorische Therapie
tme	sonstige medikamentöse Therapie
tsp	Apparatives Sphinktertraining
tst	Stomatherapie
thä	Hämorrhoidenbehandlung
tdi	sonstige Therapien

Die Vielzahl der medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungsformen von Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltraktes sollte versucht werden hier einzuordnen. Wird in einer Zeile nichts angegeben, wird es so gewertet, als habe diese Therapieform weder vor, während und nach der Rehabilitationsmaßnahme bestanden. Hier sollen nur die Therapieformen bewertet werden, die mit den Erkrankungen des unteren Gastrointestinaltraktes in Verbindung gebracht werden.

tdu

Bedeutet medikamentöse (Antidiarrhoika) und diätetische (Pektine, gegebenenfalls Ballaststoffzusatz oder Nahrungsrestriktion (fett oder eiweißarm)) symptomatische Durchfallbehandlung, also nicht Diät bei Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Behandlung der Grunderkrankung mit zum Beispiel Steroiden oder 5-ASA Präparaten.

tla

Laxantien meint eine bestimmte, definierte Menge von Laxantien, nicht gemeint sind abführende Nahrungsmittel (zum Beispiel getrocknete Früchte oder Abführtees).

tma

antiinflammatorisch beinhaltet sowohl 5-ASA-Präparate, Steroide, lokal und systemisch und Immunsuppressiva.

tst

Stomatherapie beinhaltet die Stomapflege, Anleiten des Patienten zur eigenständigen Stomaversorgung oder das Anlernen der Irrigation oder die Behandlung von Problemen mit dem Stoma.

thä

Hämorrhoidenbehandlung meint "kausale" Therapie, wie Sklerosierung oder Ligatur, nicht symptomatische Behandlung wie Sitzbäder oder Suppositorien.

tdi

sonstige beinhaltet zum Beispiel Bauchdeckengymnastik bei postoperativen Zuständen, Ergotherapie, Sporttherapie, auch physikalische Anwendungen des Rückens bei Reizdarmsyndrom.

nein

ist anzukreuzen, wenn die entsprechende Therapieform bei Aufnahme und vor Entlassung nicht mehr bestand. Außer siehe unter abgelehnt.

neu

ist anzukreuzen, wenn die Therapie während der Rehabilitationsmaßnahme neu angesetzt wurde, unabhängig davon, ob sie über den Entlassungszeitpunkt hinweg weiterverordnet wurde. geändert ist anzukreuzen, wenn die Therapie während der Rehabilitationsmaßnahme geändert wurde. Wurde allerdings die initiale Medikation gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme wieder verordnet, ist fortgeführt anzukreuzen.

fortgeführt

ist auch dann anzukreuzen, wenn die Therapie während der Rehabilitationsmaßnahme belassen und über den Entlassungszeitpunkt hinaus weiter empfohlen wurde.

abgesetzt

ist anzukreuzen, wenn die Therapie während der Rehabilitationsmaßnahme oder zum Entlassungszeitpunkt beendet und keine äquivalente Behandlungsform weiter empfohlen wurde.

abgelehnt

ist dann anzukreuzen, wenn eine Therapieform als indiziert erachtet wurde, von dem Patienten aber abgelehnt wurde.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = neu, 2 = geändert, 3 = fortgeführt, 4 = abgesetzt, 5 = abgelehnt. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

5.3.6.3 Bogen P-U1

UGI Patient Aufnahme

sf

Stuhlfrequenz

Diese Frage dient hauptsächlich zu Erfassung einer möglichen Obstipations- oder Diarrhöproblematik.

Mögliche Eingaben sind 2 = weniger als 1mal täglich, 3 = 1-3 mal täglich, 4 = mehr als 3 mal. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

sk

Stuhlkonsistenz

Auch hier geht es hauptsächlich um eine mögliche Obstipations- oder Diarrhöproblematik.

Mögliche Eingaben sind 2 = hart, 3 = geformt, 4 = breiig, 5 = flüssig. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

bsa

Bauchschmerzen

Diese Frage ist unter anderem Bestandteil von des Kruis-Score. Bei einem nein werden unter sbr – sbo keine weiteren Angaben gemacht. Ansonsten sollte die Qualität der Beschwerden unter sbr-sbo genauer angegeben werden.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 2 = leichten, 3 = mittelmäßigen, 4 = starken. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

sbr

brennende Bauchschmerzen

sst

stechend scharfe Bauchschmerzen

sss

sehr starke Bauchschmerzen

sve

vernichtende Bauchschmerzen

sdr

Druckgefühl

sdu

dumpfe Bauchschmerzen

sbo

bohrende Bauchschmerzen

Diese Frage entstammt dem Kruis-Score. Zur Errechnung des Scores wird unklar wie nein gewertet.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

kr2

Blähungen

kr3

Stuhlgangsprobleme

kr4

Stuhlnunregelmäßigkeiten

kr5

Dauer der Beschwerden

Diese Fragen dienen der Diagnosestellung eines Reizdarm-Syndroms. Frage kr5 bezieht sich im Wesentlichen auf die Fragen bsa bis kr4. Zur Errechnung des Scores wird unklar wie nein gewertet.

Mögliche Eingaben sind 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

5.4 Das Modul Diabetes (D)

5.4.1 Einführung

Für Patienten mit Diabetes mellitus wurden Zusatzbögen erstellt. Dabei wurde darauf geachtet, dass die wesentlichen Informationen aus dem „Diab-Care-Bogen„ übernommen wurden, so dass diese zur internen wie externen Qualitätssicherung verwendbar sind. Ebenfalls können die Angaben für Teilnehmer an der „Diab-Care-Dokumentation„ genutzt werden, bzw. für Eintragungen in den Diabetes-Pass der Patienten genutzt werden.

Mit dem Modul Diabetes werden sowohl aktuelle Diagnosen, diagnostische Maßnahmen und therapeutische Interventionen erfasst.

5.4.2 Bogenstruktur

Für den Arzt existieren die Bögen A-D1 und A-D2, die zum Aufnahmezeitpunkt (A-D1) bzw. zum Entlassungszeitpunkt (A-D2) vorgegeben werden. Für den Patienten existiert ein Bogen (P-D1) der zum Aufnahmezeitpunkt dem Patienten ausgeteilt wird.

5.4.3 Anwendung

Die Bögen sollen bei allen Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus angelegt werden, unabhängig davon, ob diese Diagnose der Haupt- oder Einweisungsdiagnose entspricht oder nicht.

5.4.4 Datenerhebung

Die Bögen A-D1 und P-D1 sollen am Aufnahmetag oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Aufnahme erhoben werden. Der Bogen A-D1 wird vom aufnehmenden Arzt ausgefüllt. Die zu erhebenden Daten stützen sich auf die vorhandenen Vorbefunde bzw. die anamnestischen Daten des Patienten. Der Bogen P-D1 wird dem Patienten bereits vor oder bei der Aufnahmeuntersuchung ausgehändigt und sollte innerhalb von ein bis zwei Tagen ausgefüllt zurückgegeben werden.

Der Bogen A-D2 soll zur Entlassung erstellt werden. Er wird von dem Arzt, der die Entlassungsuntersuchung durchgeführt hat, ausgefüllt. Die zu erhebenden Daten stützen sich auf die während der Rehabilitation erhobenen Befunde (Krankenakte bzw. Laborbefunde). Eine routinemäßige Übernahme der Laborbefunde in MEGAREDO ist sinnvoll und zweckmäßig, muss jedoch von der jeweiligen Einrichtung entsprechend der eigenen EDV-Struktur selbst eingerichtet werden.

Ein Patientenbogen Diabetes zum Entlassungszeitpunkt existiert nicht.

5.4.5 Items

5.4.5.1 Bogen AD1

ja

Jahr der Diagnose Diabetes mellitus

Das Jahr der Diagnose ist einzugeben.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 = Missing

dt

Diabetes Typ

Hier soll die Diagnose eingetragen werden. Bei der Diagnose wird auf die Vorbefunde Bezug genommen. Bei Unklarheit (z.B. Zustand bei Erstmanifestationen, Probleme

der Differentialdiagnostik zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes) wird das Feld „Sonstige/Unklar,“ ausgefüllt. Es darf nur eine Diagnose angekreuzt werden.

Folgende Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung:

- 1 = Typ-1-Diabetes
- 2 = Typ-2-Diabetes
- 3 = Pankreopriver Diabetes
- 8 = Sonstiges, unklar

Mögliche Werte sind 1, 2, 3 und 8. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 = Missing

fg**Fallgruppe DDG**

Entsprechend einem Vorschlag einer Arbeitsgruppe der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Klassifikation von Fallgruppen soll hier eine Fallgruppe beschrieben werden, die am ehesten das im Vordergrund der Behandlung stehende Problem beschreibt. Wichtig: Es ist nur eine Fallgruppe auszuwählen, bitte entscheiden!

Folgende Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung:

- 1 = Typ-1 zur Einstellung
- 2 = Typ-2 zur Einstellung
- 3 = Pankreopriver Diabetes
- 4 = Diabetisches Fußsyndrom
- 5 = Diabetes mit Komplikationen
- 6 = Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- 7 = Diabetes mit Schwangerschaft
- 8 = Diabetes bei Kindern
- 9 = Diabetes mit Komplikationen und Multimorbidität

Mögliche Werte sind 1, 2, 3,4,5,6,7,8 und 9. Das Feld ist vorbesetzt als leer.

Derzeitige Behandlung

Hier soll die bisherige Behandlungsform (zum Zeitpunkt der Aufnahme) eingetragen werden. Anamnestisch soll erfragt werden, welche Therapieform wann das erste Mal eingesetzt wurde. Für den Fall, dass bestimmte Behandlungsformen schon einmal angewandt, zwischenzeitlich verändert und dann wieder verordnet wurden, wird jeweils das Jahr der Erstverordnung eingetragen.

Es soll nur die aktuelle Therapieform eingetragen werden. Werden bestimmte Behandlungsformen (z.B. orale Medikation) im Moment nicht angewandt, so werden diese nicht angegeben.

Eine Kombination verschiedener Behandlungsformen ist durch das Ankreuzen der verschiedenen Behandlungsformen zu kennzeichnen.

Die Erfassung einer Behandlung mit Gliniden bzw. Glitazonen ist in dieser Version noch nicht vorgesehen und erscheint erst in der Neuauflage. Als Kompromiss können z.B. Glinide unter Sulfonylharnstoffen mitverschlüsselt werden (Wirkung über SH-Rezeptor), Glitazone bleiben zunächst unberücksichtigt.

bb**Keine Therapie/nur Diät**

Hier werden Patienten mit alleinigen diätetischen Maßnahmen bzw. Patienten ohne spezifische Therapie gekennzeichnet.

Folgende Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung:

- 0 = keine (wenn momentan keine medikamentöse Therapie, Insulineinstellung noch eine Diättempfehlung gegeben wurde)
- 1 = nur Diät (wenn momentan weder eine medikamentöse Therapie, oder Insulineinstellung, sondern Diättempfehlung)
- 8 = unklar

Bei der Eingabe entspricht 0 = keine, 1 = nur Diät, 8 = unklar, 9 = missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

sh **orale Antidiabetika/Sulfonylharnstoffe**

Dieses Feld wird angekreuzt, wenn eine orale Antidiabetikatherapie mit Sulfonylharnstofftherapie angewandt wird.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

shj **orale Antidiabetika/Sulfonylharnstoffe, erstmals im Jahr**

Bei einer oralen Antidiabetikatherapie mit Sulfonylharnstoffen wird hier die Jahreszahl der erstmaligen Behandlung angegeben.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

bg **orale Antidiabetika/Biguanide**

Dieses Item wird angekreuzt, wenn eine orale Antidiabetikatherapie mit Biguaniden durchgeführt wird.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bgj **orale Antidiabetika/Biguanide, erstmals im Jahr**

Bei einer oralen Antidiabetikatherapie mit Biguaniden wird hier die Jahreszahl der erstmaligen Behandlung eingetragen.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

gi **orale Antidiabetika/Glukosidase-Inhibitoren**

Dieses Item wird bei einer oralen Antidiabetikatherapie mit Glukosidase-Inhibitoren angekreuzt.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

gij **orale Antidiabetika/Glukosidase-Inhibitoren, erstmals im Jahr**

Bei einer oralen Antidiabetikatherapie mit Glukosidase-Inhibitoren wird hier die Jahreszahl der erstmaligen Behandlung eintragen.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

in **Insulin**

Dieses Item wird bei einer Insulintherapie angekreuzt.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

inj **Insulin, erstmals im Jahr**

Bei einer Insulintherapie wird hier die Jahreszahl der erstmaligen Behandlung eingetragen.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

int

Insulin-Injektionen/Tag

Bei einer Insulintherapie hier die Anzahl der durchschnittlichen Injektionen pro Tag eintragen.

Hier sind die Ziffern 1-8 möglich. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ind

Selbständige Dosisanpassung

Dieses Feld wird angekreuzt, wenn ein Patient bei einer intensivierten Insulintherapie seine Insulindosis entsprechend dem aktuell gemessenen Wert selbständig anpasst.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

inp

Insulinpumpe

Dieses Feld wird angekreuzt, falls eine Insulintherapie mit Hilfe einer Insulinpumpe vorgenommen wird.

Bei der Eingabe entspricht 0=nicht angekreuzt, 1=angekreuzt, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Bekannte Folgeschäden und Begleitkrankheiten

fht

Hypertonus

fhi

Herzinsuffizienz

fkf

koronare Herzkrankheit

fdl

Dyslipidämie

fnp

Nephropathie

fne

Neuropathie

fav

periphere AVK

frp

Retinopathie

fed

erektiler Dysfunktion

fdf

diabetischer Fuß

fso

Sonstiges

Anzukreuzen sind die bisher diagnostizierten Folgeschäden und Begleitkrankheiten. Hier sollen nur bisher diagnostizierte Befunde angegeben werden, keine Verdachtsdiagnosen!

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

aah

Diagnosen ADDK/Antihypertensiva

Für Kliniken in der ADDK dient dieses Item zur automatischen Vervollständigung des ADDK-Bogens. Es wird die Anzahl der vom Patienten bei Aufnahme eingenommenen Antihypertensiva (=Wirkstoffe, beachte Kombinationspräparate) angegeben. Folgende Antworten sind möglich: keine, ein, zwei, drei, mehr als drei Antihypertensiva.

Bei der Eingabe entspricht 0 = kein, 1 = ein, 2 = zwei, 3 = drei, 4 = mehr als drei Antihypertensiva. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (missing, fehlende Angabe).

5.4.5.2 Bogen AD2

Messungen

ras**Blutdruck (Mittelwert 2. Tag)**

Blutdruck systolischer Wert (mm Hg), Mittelwert der gemessenen Werte des 2. Aufenthaltstages. Die Messungen sollen entsprechend der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie durchgeführt worden sein.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 154) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 094). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

rad**Blutdruck (Mittelwert 2. Tag)**

Blutdruck diastolischer Wert (mm Hg), Mittelwert der gemessenen Werte des 2. Aufenthaltstages. Die Messungen sollen entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie durchgeführt worden sein.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 154) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 094). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

res**Blutdruck (Mittelwert vorletzter Tag)**

Blutdruck systolischer Wert (mm Hg), Mittelwert der gemessenen Werte des vorletzten Aufenthaltstages. Messung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 154) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 094). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

red**Blutdruck (Mittelwert vorletzter Tag)**

Blutdruck diastolischer (mm Hg), Mittelwert der gemessenen Werte des vorletzten Aufenthaltstages. Messung entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 154) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 094). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

nza**Nüchternblutzucker (2. Tag)**

Nüchternblutzucker (mg/dl), Wert des zweiten Aufenthaltstages.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 125) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 095). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

nze**Nüchternblutzucker (vorletzter Tag)**

Nüchternblutzucker (mg/dl), Wert des vorletzten Aufenthaltstages.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 125) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 095). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

hba**HbA1c (Aufnahme)**

HbA1c-Wert bei Aufnahme.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 10,2%) eingetragen, rechte Spalte für Zahl hinter dem Komma. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 06,5%). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

hbe**HbA1c (Entlassung)**

HbA1c-Wert bei Entlassung. Dieser Wert ist optional einzutragen, falls in der Klinik dieser Wert noch ein zweites Mal bestimmt wird.

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 10,2%) eingetragen, rechte Spalte für Zahl hinter dem Komma. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 06,5%). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

alb**Mikroalbuminurie**

Eingetragen wird die Mikroalbuminkonzentration in mg/dl (nicht mg/l !). Dazu herangezogen werden können Werte aus halbquantitativen Messungen mit geeigneten Teststreifen (z.B. Micraltest II, Clinitek Albumin etc.) bzw. Ergebnisse quantitativer laborchemischer Methoden. Bei Verwendung halbquantitativer Teststreifen sollte der Wert angegeben werden, der übereinstimmend mit 2 Teststreifen festgestellt wurde.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

pro**Proteinurie**

Proteinuriewert (mg/24 Stunden).

Der Wert wird 4-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

kre**Serum-Kreatinin**

Serum-Kreatinin (mg/dl).

Der Wert wird 3-stellig (z.B. 10,2 mg/dl) eingetragen, rechte Spalte für Zahl hinter dem Komma. Rechtsbündig eintragen. Bei zweistelligem Wert eine führende 0 eintragen (z.B. 06,5 mg/dl). Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

cha**Gesamt-Cholesterin (Aufnahme)**

Gesamtcholesterin-Wert (mg/dl) bei Aufnahme.

Der Wert wird 4-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

che**Gesamt-Cholesterin (Entlassung)**

Gesamtcholesterin-Wert (mg/dl) bei Entlassung. Dieser Wert ist optional einzutragen, falls in der Klinik dieser Wert noch ein zweites Mal bestimmt wird.

Der Wert wird 4-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

hda**HDL-Cholesterin (Aufnahme)**

HDL-Cholesterin-Wert (mg/dl) bei Aufnahme.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Werte mit Komma werden zu ganzen Zahlen auf- bzw. abgerundet. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

hde**HDL-Cholesterin (Entlassung)**

HDL-Cholesterin-Wert (mg/dl) bei Entlassung. Dieser Wert ist optional einzutragen, falls in der Klinik dieser Wert noch ein zweites Mal bestimmt wird.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Werte mit Komma werden zu ganzen Zahlen auf- bzw. abgerundet. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

tga**Triglyzeride (Aufnahme)**

Triglycerid-Wert (mg/dl) bei Aufnahme.

Der Wert wird 4-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

tge**Triglyzeride (Entlassung)**

Triglycerid-Wert (mg/dl) bei Entlassung. Dieser Wert ist optional einzutragen, falls in der Klinik dieser Wert noch ein zweites Mal bestimmt wird.

Der Wert wird 4-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/dreistelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

Untersuchungsbefunde und Probleme**brp****Retinopathie**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich der Retinopathie anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bpk**Photokoagulation in den letzten 12 Monaten**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich der Photokoagulation in den letzten 12 Monaten anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bfv**Füße: normales Vibrationsempfinden**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich dem Vibrationsempfinden der Füße anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bfs**Füße: normales Schmerzempfinden**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich des Schmerzempfindens der Füße anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bpr**Fußpulse tastbar – rechts**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich der Tastbefunde der Fußpulse – rechts anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bpl**Fußpulse tastbar – links**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich der Tastbefunde der Fußpulse – links anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bur**Ulkus/Gangrän akut - Fuß rechts**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich eines akuten Ulkus/Gangrän (rechts) anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bul**Ulkus/Gangrän akut - Fuß links**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich eines akuten Ulkus/Gangrän (links) anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bar**Ulkus/Gangrän abgeheilt - Fuß rechts**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich eines abgeheilten Ulkus/Gangrän (rechts) anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bal**Ulkus/Gangrän abgeheilt - Fuß links**

Hier ist das Ergebnis der Untersuchungen bezüglich eines abgeheilten Ulkus/Gangrän (links) anzugeben. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bbd**Bypass/Dilatation der Beinarterien**

Hier ist anzugeben, ob ein Bypass bzw. eine Dilatation der Beinarterien durchgeführt wurde. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bap**Durchgeführte Amputation**

Hier ist anzugeben, ob ein Bypass bzw. eine Dilatation der Beinarterien durchgeführt wurde. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ban**Autonome Neuropathie-Diagnostik**

Hier ist anzugeben, ob während des stationären Aufenthaltes eine Diagnostik auf Autonome Neuropathie (z.B. gastrointestinal, kardial, urogenital etc.) durchgeführt wurde. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein. Ob eine ADN bereits vorlag oder durch die hier beschriebene Diagnostik festgestellt wurde, wird unten durch das Item (ad2)aan beschrieben.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bed**Erektile Dysfunktion**

Hier ist anzugeben, ob während des stationären Aufenthaltes durch spezielle Anamnese und/oder Untersuchung eine Erektile Dysfunktion diagnostiziert wurde. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

bgh**Gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung**

Hier ist anzugeben, ob eine gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung vorliegt. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja, nein, unklar bzw. fraglich.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, 8 = unklar. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

se**Teilnahme an Schulungen****ss****Ernährung****su****Selbstkontrolle****si****Unterzuckerung****st****Insulintherapie****sf****Therapieanpassung****sd****Folgeschäden****sx****diabetischer Fuß****sb****Sexualstörungen und Schwangerschaft****sk****berufliche und soziale Probleme****Krankheitsbewältigung**

Eingetragen wird die Teilnahme an bestimmten Diabetesschulungsmaßnahmen während des stationären Aufenthaltes durch Ankreuzen entsprechender Items.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Behandlung bei Entlassung**ed****nur Diät**

Hier ankreuzen, falls eine rein diätetische Therapieempfehlung ohne zusätzliche Diabetesmedikation bzw. Insulinverschreibung gegeben wurde. Nicht ankreuzen, falls zusätzlich zur Diätempfehlung eine Medikation (Item em) oder Insulin (Items ei-eit-eip) verordnet wurde. Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja oder nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

em**Medikation**

Hier ankreuzen, wenn bei der Entlassung eine Therapie mit oralen Antidiabetika durchgeführt wurde. Kombinationen aus dem Bereich der oralen Antidiabetika mit dem Feld Insulin sind möglich. Dieses Feld jedoch nicht in Kombination mit dem Feld ed (nur Diät) ankreuzen. Es gibt folgende Möglichkeiten: 1 = SH, 2 = Biguanide, 3 = Glucosidase-Inhibitoren, 4 = sonstiges (Kombinationen mehrerer OAD, neuere OAD wie Glinide oder Glitazone).

Bei der Eingabe entspricht jeweils 0 = nein, 1 = ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ei**Insulin**

Hier ankreuzen, wenn bei der Entlassung eine Insulintherapie durchgeführt wurde. Bei Kombinationstherapien mit oralen Antidiabetika zusätzlich das Item em ankreuzen.

zen, nicht jedoch zusammen mit dem Item ed (nur Diät). Es gibt die Antwortmöglichkeiten ja oder nein.

Bei der Eingabe entspricht 0 = nein, 1 = ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

eit **Insulin-Injektionen/Tag**

Bei einer Insulintherapie hier die Anzahl der durchschnittlichen Injektionen pro Tag eintragen. Bitte diese Feld nur in Kombination mit Item ei (Insulin) ankreuzen.

Hier sind die Ziffern 1-8 möglich. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

eip **Insulinpumpe**

Bei einer Insulintherapie mit Hilfe einer Insulinpumpe dieses Item ankreuzen.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

eid **Selbständige Dosisanpassung**

Hier wird bei einer intensivierten Insulintherapie angegeben, ob ein Patient selbständig seine Insulindosis entsprechend des aktuell gemessenen Wertes anpasst.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

Zusätzliche Behandlung

Die folgenden Items sind anzukreuzen, falls zusätzliche Behandlungen wegen diabetischer Folgeschäden vorgenommen bzw. empfohlen wurden.

eht **Hypertonus**

(Weiter-)Behandlung wegen Hypertonie.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ehi **Herzinsuffizienz**

(Weiter-)Behandlung wegen Herzinsuffizienz.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ekh **koronare Herzkrankheit**

(Weiter-)Behandlung wegen koronare Herzkrankheit.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

edl **Dyslipidämie**

(Weiter-)Behandlung wegen Dyslipidämie.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

enp **Nephropathie**

(Weiter-)Behandlung wegen Nephropathie.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ene**Neuropathie**

(Weiter-)Behandlung wegen Neuropathie.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

erp**Retinopathie**

(Weiter-)Behandlung wegen Retinopathie.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

enu**neuropathisches Ulkus**

(Weiter-)Behandlung wegen neuropathischem Ulkus.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

eso**Sonstiges**

(Weiter-)Behandlung wegen sonstiger diabetesbedingter/-assoziierter Probleme.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

**ahy – (ad2)aah
ADDK****Diagnosen**

Für Kliniken in der ADDK dienen diese Items zur automatischen Vervollständigung des ADDK-Bogens. Mehrfachnennungen sind möglich.

ahy**Hypoglykämieangst/Hypovermeidung**

Falls Hypoglykämieangst/Hypovermeidung ein wesentliches Problem des Patienten darstellte, das (mit) zur aktuellen Krankenhausaufnahme geführt hat und/oder Ziel entsprechender therapeutischer Maßnahmen gewesen ist, so muss dieses Feld angekreuzt werden.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

as**Schlafapnoe**

Hier ankreuzen, wenn vor oder während des stationären Aufenthaltes eine Schlafapnoe diagnostiziert wurde und aktuell diesbezüglich eine Behandlung stattfindet.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

air**Insulinresistenz**

Falls Insulinresistenz (chronisch hyperglykämische Stoffwechsellaage, die überdurchschnittlich hohe Insulindosen zur Normalisierung erfordert – bei Typ 1- und Typ 2-Diabetes möglich) ein wesentliches Problem des Patienten darstellte, so muss dieses Feld angekreuzt werden.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

agb**gehbehindert**

Hier ankreuzen, wenn während des stationären Aufenthaltes eine Gehbehinderung vorlag, d.h. das Bett nur mit Hilfsmitteln (Rollstuhl, Gehstützen, Entlastungsschuh, Rollator, Bein-Prothesen etc.) verlassen werden konnte oder eingeschränkte Bewegungsfähigkeit vorlag (Parkinson, Lähmung etc.).

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

abe**Beeinträchtigung durch Medikamente**

Hier ankreuzen, wenn während des stationären Aufenthaltes eine wesentliche Beeinträchtigung des Glucosestoffwechsels durch Medikamente vorgelegen hat (z.B. durch Cortison, Cytostatika, Immunsuppressiva, Interferon etc.).

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

abl**Bettlägrig**

Hier ankreuzen, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes bettlägrig war. Dies bedeutet in der Regel, dass der Betreffende ohne fremde Hilfe das Bett nicht verlassen kann und sich „überwiegend“ auch im Bett aufhalten muss. Aktivierende Pflege, Essen, Waschen, Toilette etc. kann dabei auch außerhalb des Bettes geschehen.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

aan**Autonome Neuropathie**

Hier ankreuzen, wenn bei dem Pat. eine Autonome Neuropathie bekannt ist (egal ob gastrointestinal, kardial, urogenital etc.).

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

ae**Erhöhter Pflegeaufwand**

Dieses Item sollte bei allen Patienten angekreuzt werden, wenn zusätzliche pflegerische Tätigkeiten anfallen, die unter den Items „bettlägrig“ und „gehbehindert“ nicht erfasst werden, z.B. Hilfestellung beim Essen, Waschen und der Toilette, Dekubitusprophylaxe, Inkontinenzversorgung, Versorgung von Kathetern etc. Ausgleich kognitiver oder kommunikativer Einschränkungen (z.B. der Umgang mit geistig behinderten Menschen) fällt nicht unter diese Rubrik.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

adf**Diabetischer Fuß/Klassifikation**

Falls ein Diabetisches Fußsyndrom vorliegt hier das Stadium entsprechend der Wagner-Armstrong-Klassifikation angeben (Tabelle Wagner/Armstrong s. Fußbogen).

Den Wert 2-stellig eingeben, linksbündig die Zahl entsprechend der Wagner-Klassifikation 0 – 5, rechtsbündig den Buchstaben der Armstrong-Klassifikation A, B, C oder D. Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (= missing, fehlende Angabe).

aaH**Antihypertensiva**

Es wird die Anzahl der vom Patienten bei Entlassung eingenommenen Antihypertensiva angegeben. Folgende Antworten sind möglich: keine, ein, zwei, drei, mehr als drei Antihypertensiva.

Bei der Eingabe entspricht 0 = kein, 1 = ein, 2 = zwei, 3 = drei, 4 = mehr als drei Antihypertensiva, 9 = missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (missing, fehlende Angabe).

5.4.5.3 Bogen PD1

bzw

Blutzuckermessungen pro Woche

Anzahl der durchschnittlichen Blutzuckermessungen pro Woche. Bei Rückfragen bitte darauf verweisen, dass es sich nicht um den Durchschnittswert der Woche vor der Aufnahme, sondern um die durchschnittliche Blutzuckerselbsttestung pro Woche in den letzten Wochen vor Klinikaufnahme handeln soll.

Der Wert wird 2-stellig (z.B. 16x) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei einstelligem Wert links eine 0 eintragen (z.B. 08). Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (= missing, fehlende Angabe).

hzw

Harnzuckermessungen pro Woche

Anzahl der durchschnittlichen Harnzuckermessungen pro Woche. Bei Rückfragen bitte darauf verweisen, dass es sich nicht um den Durchschnittswert der Woche vor der Aufnahme, sondern um die durchschnittliche Harnzuckerselbsttestung pro Woche in den letzten Wochen vor Klinikaufnahme handeln soll.

Der Wert wird 2-stellig (z.B. 16x) eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei einstelligem Wert links eine 0 eintragen

sg

Teilnahme an Diabetes-Schulung

Hier wird gefragt, ob bisher bereits eine Diabetesschulungsmaßnahme besucht wurde. Kriterium für eine Diabetesschulungsmaßnahme ist die Teilnahme an einer strukturierten Gruppenveranstaltung (keine Einzelschulung!) mit anderen Patienten, welche mindestens 3 Unterrichtsstunden à 45 Minuten umfasst.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

sgz

Anzahl der Schulungen

Falls die bisherige Teilnahme an einer Diabetesschulungsmaßnahme bejaht wurde, soll hier die Anzahl der bisher besuchten Diabetesschulungsmaßnahmen angegeben werden. Kriterium für eine Diabetesschulungsmaßnahme, welche gezählt wird ist eine strukturierte Gruppenveranstaltung (keine Einzelschulung!) mit anderen Patienten, welche mindestens 3 Unterrichtsstunden à 45 Minuten umfasst. Es gibt keine zeitliche Einschränkung bei der Aufzählung (z.B. auch eine Schulungsmaßnahme vor 20 Jahren wird hier mitgezählt). Der jetzige Aufenthalt in der Klinik wird hingegen nicht mitgezählt, da es sich um eine künftige Schulungsmaßnahme handelt. Anzugeben ist die Anzahl der Schulungen, nicht die Summe der Schulungsstunden!

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

sgj

zuletzt im Jahr

Falls die bisherige Teilnahme an einer Diabetesschulungsmaßnahme bejaht wurde, soll hier die Jahreszahl der zuletzt besuchten Diabetesschulungsmaßnahme angegeben werden.

Die Jahreszahl wird 4-stellig (z.B. 1999) eingetragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999 (= missing, fehlende Angabe).

kht **Krankenhaustage während der vergangenen 12 Monate?**

Hier soll die Zahl der Krankenhaustage während der vergangenen 12 Monate (bezogen auf das Aufnahmedatum) angegeben werden. Bei Fehlen von Krankenhaustagen während der letzten 12 Monate bitte eine 0 eingeben.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/einstelligem Wert führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

aut **AU-Tage während der vergangenen 12 Monate?**

Hier soll die Zahl der Arbeitsunfähigkeits-Tage – zusätzlich zu den Krankenhaustagen! – während der vergangenen 12 Monate (bezogen auf das Aufnahmedatum) angegeben werden. Bei Fehlen von Krankenhaustagen während der letzten 12 Monate bitte eine 0 eingeben.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/einstelligem Wert jeweils führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

uzz **Schwere Unterzuckerungen während der vergangenen 12 Monate?**

Hier soll die Zahl schwerer Unterzuckerungen während der vergangenen 12 Monate (bezogen auf das Aufnahmedatum) angegeben werden. Als schwere Unterzuckerungen werden Unterzuckerungen mit Hilflosigkeit (fremde Hilfe notwendig, Bewusstlosigkeit, cerebraler Krampfanfall, externe Glucagon-/Glukoseinfusion) gewertet.

Der Wert wird 2-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei einstelligem Wert eine führende 0 eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (= missing, fehlende Angabe).

koz **ketoazidotische Komata während der vergangenen 12 Monate?**

Hier soll die Zahl ketoazidotischer Komata während der vergangenen 12 Monate (bezogen auf das Aufnahmedatum) angegeben werden.

Der Wert wird 2-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei einstelligem Wert eine führende 0 eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 99 (= missing, fehlende Angabe).

dfz **Krankenhausaufenthalt wegen diabetischem Fußgeschwür?**

Hier soll angegeben werden, ob während der vergangenen 12 Monate (bezogen auf das Aufnahmedatum) Krankenhausaufenthalte wegen eines diabetischen Fußgeschwürs stattfanden.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

dft **Zahl der Krankenhaustage wegen diabetischen Fußgeschwürs?**

Hier soll die konkrete Zahl der Krankenhaustage wegen diabetischen Fußgeschwürs angegeben werden, wenn die vorherige Frage dfz mit ja beantwortet wurde.

Der Wert wird 3-stellig eingetragen. Rechtsbündig eintragen. Bei zwei-/einstelligem Wert jeweils führende Nullen eintragen. Das Feld ist vorbesetzt mit 999 (= missing, fehlende Angabe).

sh **Mitglied einer Selbsthilfeorganisation?**

Hier soll die Mitgliedschaft in einer diabetesspezifischen Selbsthilfeorganisation angegeben werden.

Bei der Eingabe entspricht 0=nein, 1=ja, das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

5.5 Das Modul Parenchymatöse Organe (Leber / Galle / Pankreas) (L)

5.5.1 Einführung

Für die parenchymatösen Bauchorgane Leber (+ Galle) und Pankreas wird eine gesonderte Erfassung durchgeführt. Sie versucht, die wesentliche objektive Anamnese und den letztbekannten Organzustand (Organstruktur) vor Reha-Anfang zu erheben und die Diagnostik, medikamentöse und reha-spezifische Therapie (Prozeß) zu erfassen.

5.5.2 Bogenstruktur

Für Leber-Pankreas-Galle gibt es lediglich Arztbögen, da subjektive Beschwerden und Reha-Ziele im wesentlichen mit dem Basis-Patientenblatt (PB-1) erfaßt werden. Die für Leber-Pankreas-Galle-Patienten anzulegenden Bögen heißen **A-L1** bei Aufnahme und **A-L2** bei Entlassung.

5.5.3 Anwendung

Sie werden angelegt bei allen Patienten, bei denen Erkrankungen der Leber, des Pankreas oder der Gallenwege eine sozialmedizinisch relevante Diagnose und/oder ein Rehazielen bieten oder Einweisungsgrund sind. Sie sollten nicht angelegt werden bei nebensächlichen Diagnosen (Zustand nach komplikationsloser Cholecystektomie, Laborabweichungen). Bei relevanten Doppeldiagnosen (z.B. Lebercirrhose und chronische Pankreatitis) sollte ein Bogen reichen.

5.5.4 Datenerhebung

Der ärztliche Aufnahmebogen Leber-Pankreas-Galle (**A-L1**) wird vom Arzt zum Zeitpunkt der Aufnahme oder des nächstfolgenden Patientenkontaktes ausgefüllt. Er ist notwendig, um das Problemblatt organspezifisch auszufüllen.

Der Entlassungsbogen des Leber-Galle-Pankreas-Patienten (**A-L2**) wird bei der Abschlußuntersuchung (am Tag der Entlassung oder wenig zuvor) vom Arzt ausgefüllt, ohne Rückgabe ist ein Datenabschluß für diesen Patienten nicht möglich. In der Regel wird in jede Zeile ein Kreuz gesetzt.

5.5.5 Items

5.5.5.1 Bogen AL1

Leber

luv

Leber, Ursache, viral

Gefragt wird nach der Ursache der derzeit bestehenden Schäden. Im Fall von Kombinationsschäden ist dieses Item anzukreuzen, wenn die Virusgenese als führend erachtet wird. Die Annahme der Ursache sollte anamnestisch (Vorbefund) begründet sein. Unter **andere** wären z.B. Zytomegalie, Herpes, Mononukleose, etc. zu verschlüsseln. **Unklar** soll angekreuzt werden, wenn eine Infektion mit Virus B und/oder C und/oder anderen Ursachen vorliegt oder insgesamt zu wenig Informationen vorliegen. Es ist nicht möglich, mehrere Alternativen anzukreuzen.

Mögliche Werte sind: 0=kein Virus, 1=Virus B, 2=Virus C, 7=Andere, 8=Unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

lua

Leber, Ursache, Alkohol

Auch hier ist ein Kreuz notwendig, der Verdacht bezeichnet die subjektive Meinung des Arztes, sicher weist auf eindeutig klinische (Foetor, Tremor) oder laborchemische (γ-GT, CDT) oder anamnestische (Arztbrief mit Delir etc.) hin. Es sollte eine akzeptable Sicherheit bestehen und keine konstruierte Annahme, dann lieber unklar.

Folgende Werte sind möglich: 0=nein, 1=Verdacht, 2=sicher, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ius**Leber, Ursache, sonstiges**

Wird angekreuzt, wenn die anderen beiden Zeilen nicht zutreffen. **PBC** bezeichnet die primär-biliäre Zirrhose, auch im Nichtcirrhose-Stadium als Synonym der „chronisch-destruierenden nicht-eitrigen Cholangitis“. Primär-sklerosierende (**PSC**) entspricht der primär-sklerosierenden Cholangitis. **Autoimmun** umfaßt alle autoimmunen Verlaufstypen (1 und 2, alle Antikörper), **FE** betrifft die Hämochromatose. **Sonstige** betrifft seltene medikamentöse oder Umweltursachen. Bei fehlender anamnestischer, histologischer oder klinischer Information zur Ursache wäre **unklar** anzukreuzen.

Folgende Werte sind möglich: 1=PBC, 2=PSC, 3=autoimmun, 4=FE, 7=sonst. (z.B. toxisch), 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ihj**letzte Histologie Jahr**

Wesentlich ist der Zeitpunkt der letztbekannten Histologie, deren Entstehungsjahr aufgeführt wird. Das Jahr ist mit 4 Ziffern anzugeben, keine Monate.

Mögliche Jahreszahlen sind 1950 bis 2010. Das Item ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

Ihb**Leberhistologie-Befund**

Ein Kreuz sollte dort gesetzt werden, wo es dem tatsächlichen Befund am nächsten kommt, wobei sehr geringe minimale Befunde (Entzündung, Fibrose) nach Einschätzung des Klinikers eingeordnet werden. Cholestase wird als **unspezifischer Zellschaden** klassifiziert. Ist nur eine Histologie-Gewinnung, jedoch nicht das Ergebnis bekannt, wird **unklar** angekreuzt.

Mögliche Werte sind: 0=nichts bekannt, 1=unspezifischer Zellschaden, 2=Entzündung ohne Fibrose, 3=Entzündung mit Fibrose, 4=Zirrhose, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ivb**Leber-Varizen-Blutung**

Gemeint ist eine Varizenblutung, keine Ulcusblutung bei bekannten Varizen. Wenn die Ursache der Blutung nicht bekannt ist, wird **unklar** markiert.

Mögliche Werte sind: 0=nein, 1=ja ohne bisherige Blutung, 2=ja mit bisheriger Blutung, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ivs**Leber-Varizen-Sklerosierung**

Nein sollte angekreuzt werden, wenn keine Behandlung oder z.B. eine Ballonkompressionsbehandlung durchgeführt wurde. Wenn der Patient nur von „Behandlung“ weiss, wird **unklar** angestrichen.

Mögliche Eingaben sind: 0=nein, 1=ja, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ivo**Letzte Voroperation**

Bezieht sich auf den aktuellen letztbekannten operativen Eingriff. Endoskopische Eingriffe an den Gallenwegen werden unten aufgeführt, Leberteilresektionen sind unter **sonstiges** zu verschlüsseln, **LTX** heißt Lebertransplantation.

Mögliche Werte sind: 0=keine, 1=endoskopisch (z.B. Tips), 2=Shunt-OP, 3=LTX, 7=sonstige, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ivj**Letzte Voroperation Jahr**

Bezeichnet das Jahr (4 Ziffern, keine Monate), in dem die obige Operation ausgeführt wurde.

Mögliche Werte sind 1950 bis 2010. Das Item ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

Pankreas**pu****Pankreas-Ursache**

Die Entscheidung der Ursachenzuordnung sollte ausreichend klinisch anamnestisch gesichert sein, im Zweifelsfall lieber **unklar** ankreuzen.

Mögliche Eingaben sind: 1=Alkohol, 2=biliär, 7=sonstige, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

pvo**Pankreas-Voroperation**

Gemeint sind postoperativ derzeit noch bleibende Veränderungen, nicht ein Zustand mit vor Jahren entferntem Stent. Unter **Drainage** sind sowohl Zystendrainagen als auch Seit-zu-Seit-Pankreatico-Jejunostomien zu verstehen. **Resektion mit** (erhaltener) **Duodenalpassage** lässt eine physiologische Gallebeimengung oder Restpankreassekret erwarten. Papille in situ. Auf Unterteilung in Rechts- und Linksresektion ist der Übersichtlichkeit halber verzichtet worden. Alle Modifikationen von Whipple, auch ggf. mit Pyloruserhalt aber ohne Duodenalerhalt, fallen in **Resektion ohne** (erhaltene) **Duodenalpassage**.

Mögliche Werte sind: 0=keine, 1=endoskopisch (Stent), 2=Drainage (Zyste, Seit-Seit), 3=Resektion mit Duodenalpassage, 4=Resektion ohne Duodenalpassage, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

pvj**Pankreas-Voroperation Jahr**

Jahreszahl in 4 Ziffern, keine Monate.

Mögliche Werte sind 1950 bis 2010. Das Item ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

pz**Pankreas-Zyste**

Gefragt wird nach dem letztverfügbaren Befund vor Einweisung und nach der größten Flüssigkeitsansammlung bzw. ihrem Durchmesser. Ob es sich um eine postentzündliche Pseudozyste oder um eine dysontogenetische echte Zyste handelt, ist irrelevant. Der größte Durchmesser sollte angeführt werden.

Mögliche Eingaben sind: 0=nein, 1=ja<5cm ø, 2=ja>5cm ø, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

pn**Pankreas endokrin**

Erinnert an einen evtl. anzuführenden Diabetes-Bogen. Anzukreuzen wäre z.B. bei erhöhten Nüchternwerten > 110 mg% (Kapillar), oder bei pathologischem OGTT (2 Std.-Wert > 140 mg%). **Nicht untersucht:** wenn in Vorbefunden keine Aussage oder Befund zum Diabetes zu finden sind.

Mögliche Eingaben sind: 0=nein, 1=ja (→Diabetes-Bogen), 7=nicht untersucht, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

px**Pankreas exokrin**

Gesucht wird nach Vorbefunden aus letzter Zeit über möglichst objektive Fakten. **Kein Hinweis** bedeutet, dass eine Untersuchung durchgeführt worden und das Ergebnis normal ist, d.h. oberhalb des angegebenen Graubereichs liegt. Bei fehlenden klinischen Hinweisen aber nicht durchgeführter Untersuchung wird **nicht untersucht** angekreuzt und nicht **kein Hinweis**.

Mögliche Werte sind: 0=kein Hinweis, 1=möglich/Graubereich (z.B. Elastase 200-100, Steatorhoe 7-10 g), 2=sicher, 7=nicht untersucht, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

pg**Pankreas-Gewicht**

Gesucht wird ein möglichst objektives (Arztbrief, etc.) Gewicht in ganzen Kilogramm (rechtsbündig eintragen), notfalls auch anamnestisch Angaben des Patienten, die aber möglichst gezielt abgefragt und glaubhaft sein sollten.

Mögliche Werte sind 020 bis 500. Das Item ist vorbesetzt mit 999 (=missing, fehlende Angabe). Wenn unklar angekreuzt wird, nimmt Item pg den Wert 888 an.

Gallenwege

Die Gallenwegserkrankungen primärer Art (PBC, PSC) sind unter Leber zu verschlüsseln.

gu**Gallenwege Ursache**

Gefragt wird nach Steinen, die früher entfernt worden sind (**ja anamnestisch**) oder die sich aktuell in der Gallenblase oder den Gallenwegen befinden aufgrund der Vorberichte.

Mögliche Eingaben sind: 0=nein, 1=ja, anamnestisch, 2=ja, in situ Blase, 3=ja, in situ Wege, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

gc**Gallenwege Cholestase**

Die Markierung ist folgendermaßen vorgesehen: sind keine Zeichen der Cholestase aktuell bekannt (morphologisch durch bildgebende Verfahren oder funktionell durch Laborwerte) wird **nein** angekreuzt. Sind Cholestasezeichen von früher bekannt aber nicht mehr zu Reha-Beginn, erhält **ja anamnestisch** ein Kreuz, liegen Berichte über

Cholestase zu Reha-Beginn (oder den letzten 2-3 Wochen) vor, wird **ja aktuell** angekreuzt. Sind keine Untersuchungen bekannt, wird **unklar** markiert.

Mögliche Werte sind: 0=nein, 1=ja, anamnestisch, 2=ja, aktuell, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

gvo**Gallenwege Voroperation**

Es interessiert wie weit Voroperationen bestehen und zwar der letztoperierte Zustand, der eine Zeile tiefer (**gvj - Gallenwege Vorop. Jahr**) anzugeben ist. Es gelten auch die Angaben des Patienten, wenn keine schriftlichen Aussagen vorhanden sind.

Mögliche Eingaben sind: 0=keine, 1=Zystektomie laparoskopisch, 2=Zystektomie offen, 3=Gallenwegs-Op. endoskopisch (PC Stent), 4=Gallenwegs-Op. offen, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

gvj**Gallenwege Voroperation Jahr**

Jahreszahl in 4 Ziffern, keine Monate.

Mögliche Werte sind 1950 bis 2010. Das Item ist vorbesetzt mit 9999 (=missing, fehlende Angabe).

5.5.5.2 Bogen AL2

Zur Entlassung wird vom Arzt dieses Blatt ausgefüllt. Es soll zusammenfassend die wesentlichen Aktivitäten während der Rehabilitation anzeigen.

ap**Alkohol-Patient****at****Alkohol-Team****ad****Alkohol-Dritte**

Da es erhebliche Diskrepanzen zur Alkoholeinschätzung gibt und der Wahrheitsgehalt nicht zu ermitteln ist, sollten die entsprechenden Aussagen gegenübergestellt werden. **Nein** bedeutet, dass Alkoholkonsum nie ein Problem gewesen ist, **früher** dass vor der Reha ein Problem bestand aber zu Reha-Beginn nicht mehr, **aktuell** dass auch zu Beginn der Reha noch eine Alkoholproblematik/Alkoholkrankheit bestand. Bei **Hinweis Dritte** ist z.B. gemeint eine Schilderung der Ehepartner, des Hausarztes oder aus einem früheren Arztbrief.

Mögliche Werte sind jeweils: 0=nein, 1=früher, 2=aktuell, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Krankheitsbezogene Beratung/Schulung**sle****Schulung Leber****spa****Schulung Pankreas****ssu****Schulung Sucht****ssc****Schulung Schmerz****sdi****Schulung Diätetik****ssz****Beratung/Schulung Sozialdienst****sso****Beratung/Schulung sonstiges**

Aufgeführt werden sollten Einzelaktivitäten relevanter Dauer (nicht während Visite) und/oder Gruppenaktivitäten und auch ob sie angeboten aber **abgelehnt** waren oder aus ärztlicher Sicht nicht für notwendig erhalten wurden (**entfällt**). Bei **sonstiges** wäre z.B. zu denken an Sexualsprechstunde. Der Sozialdienst sollte insbes.

wegen häuslicher sozialer Rehabilitation, beruflicher Reha und Rentenproblematik angekreuzt werden, die oft über den Sozialdienst abgewinkelte Suchtproblematik hat eine Extrazeile, sie bezieht sich auf Alkohol- und/oder Medikamentensucht. Nichtraucherurse kämen unter **sonstiges**.

Mögliche Werte sind jeweils: 1=Einzel (>10 Min.), 2=Gruppe, 3=Beides, 7=abgelehnt, 8=entfällt. Das Item ist jeweils vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Relevante indikationsbezogene medikamentöse Therapie

<i>tia</i>	Therapie immunsuppressiv antiviral
<i>tsv</i>	Therapie Substitution Vitamine, Elektrolyte
<i>tdi</i>	Therapie Diuretika
<i>ten</i>	Therapie Enzyme
<i>tan</i>	Therapie Analgetika
<i>tga</i>	Therapie Gallensäuren
<i>tso</i>	Therapie sonstige

Die Vielzahl der Medikamente sollte versucht werden in die Rubriken einzuordnen. **Nein** wenn zu Reha-Beginn und zu Reha-Ende keine entsprechende Medikation bestand. Bei Zustand nach vorher abgeschlossener immunsuppressiver Therapie wäre auch **nein** zu verschlüsseln. **Neu** ist die während der Reha neu angesetzte, **fortgeführt** bezeichnet in der Dosierung und Art im wesentlichen unverändert fortgeführte Medikationen, **geändert** meint, dass Dosis- oder Applikationsweg geändert wurden, **abgesetzt** und **abgelehnt** spricht für sich. Unter **sonstige** wären z.B. zu verschlüsseln andere organspezifische Dinge wie Silymarin, Buscopan o.ä.. Sogenannte Leberschutzpräparate sollten unter Substitution / Vitamine / Elektrolyte aufgeführt werden.

Mögliche Werte sind jeweils: 0=nein, 1=neu, 2=fortgesetzt, 3=geänderte, 4=abgesetzt, 7=abgelehnt. Das Item ist jeweils vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Organfunktion

<i>he</i>	hepatische Enzephalopathie
-----------	-----------------------------------

Beschreibt im Leberteil die Child-Pugh-Kriterien. Unter Enzephalopathie **latent** sollte verschlüsselt werden, wenn der Zahlenverbindungstest, der Liniennachfahrtstest oder zumindest eine Schriftprobe oder andere psychometrische reproduzierbare Tests pathologisch sind bei klinisch unauffälligem Erscheinungsbild des Patienten. Die Manifestionsskala 1 - 4 richtet sich nach der klinischen Einteilung:

- 1: Unaufmerksamkeit, Irritiertheit, Depression, Tremor, Koordinationsstörung.
- 2: Benommenheit, Störung des Umgangs, Gedächtnis, Schlafstörung; Asterixis, Ataxie, Sprachstörung.
- 3: Desorientiertheit, Somnolenz, Amnesie, Reflexverminderung, Nystagmus, Klonus.
- 4: Stupor und Koma.

Mögliche Ausprägungen des Items sind: 0=nein, 1=latent (LHE), 2=manifest Grad 1-2, 3=manifest Grad 3-4. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

<i>as</i>	Aszites
-----------	----------------

Gering meint einen sonographischen Saum oder einzelne kleine Aszitespfützen spontaner Ausprägung. Tritt dieses unter Saluretika-Gabe auf oder finden sich größere zusammenhängende Flüssigkeitsräume ist **mäßig** anzukreuzen, bei **stark** soll-

te eine Vorwölbung des Abdomens vorhanden und eine klinische Diagnose (ohne Sonographie) möglich sein.

Mögliche Eingaben sind: 0=kein, 1=gering, 2=mäßig, Saluretika, 3=stark. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

qu

Quick-Wert

bi

Bilirubin

al

Albumin

ge

Gesamt-Eiweiß

Beschreibt die notwendigen Child-Kriterien, die aus den erstverfügbaren Werten bei oder nach Aufnahme entnommen werden sollten und nicht spätere Kontrollen vor Entlassung. Die Ziffern sollen rechtsbündig eingetragen werden.

Mögliche Werte sind 000 - 200 (Quick), 00,0 - 99,8 (Bili, Hb, Ges.-Eiw.). Das Item ist vorbesetzt mit 999 (qu) bzw. 99,9 (bi, al, ge) =missing, fehlende Angabe.

sc

Schmerzen

Sollten erhoben werden im Vergleich zum Schmerzstatus kurz vor oder bei Beginn der Reha um zu sehen, ob sich durch die Reha-Behandlung eine Schmerzverbesserung hat erzielen lassen.

Mögliche Ausprägungen sind: 0=keine, 1=geringere als zuvor, 2=gleich, 3=mehr als zuvor, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

ep

exokrine Pankreasinsuffizienz

Fragt danach, ob während des Rehabilitation Untersuchungen zur exokrinen Insuffizienz durchgeführt worden sind und nach ihrem Ergebnis. **Keine** bedeutet: Untersuchung durchgeführt mit normalem Ergebnis.

Mögliche Werte sind: 0=keine, 1=fraglich (Elastase 200-100, Steatorrhoe 7-10), 2=sicher, 6=nicht untersucht, 7=abgelehnt. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

Ergebnisse der morphologischen Diagnostik im Vergleich zum Vorbefund

bs

Befund Sonographie

br

Befund durch Röntgenuntersuchung

be

Befund durch ERCP

bl

Befund durch Leberhistologie

bo

Befund durch sonstige seltene Untersuchungen

Gleichartig wird gefragt, wieweit diese Untersuchungen während der Reha durchgeführt worden sind, wieweit sich ein Ergebnis im Vergleich zum Vorbefund (letzter verfügbares Ergebnis vor Reha-Beginn) verändert hat, wieweit bei fehlendem Vorbefund dies eine Erstdiagnose war oder wieweit die Untersuchung aus ärztlicher Sicht angezeigt aber aus Patientensicht nicht gewünscht wurde (**abgelehnt**). **Unklar** wäre anzukreuzen, wenn eine Voruntersuchung gemacht worden ist, aber ihr Ergebnis nicht bekannt war.

Mögliche Werte sind: 0=nicht untersucht, 1=verschlechtert, 2=unverändert, 3=verbessert, 6=kein Vorbefund, 7=abgelehnt, 8=unklar. Das Item ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe).

5.6 Das Onkologie-Modul (T)

5.6.1 Einführung

Für alle gastroenterologisch-onkologischen Patienten wurde eine Serie von Zusatzbögen erstellt. Mit einfachen Mitteln ist es so möglich, das Spektrum von onkologischen Diagnosen, diagnostischen Maßnahmen oder Therapien sowohl innerhalb der Klinik als auch im Vergleich mit anderen teilnehmenden Kliniken zu erstellen. Die Ergebnisse sind für die interne und externe Qualitätssicherung als auch für (klinikübergreifende) Studien verwendbar.

5.6.2 Bogenstruktur

Sowohl für den Aufnahmezeitpunkt (T1) als auch für den Entlassungszeitpunkt (T2) sind Bögen durch den behandelnden Arzt (AT1 und AT2) und durch den Patienten (PT1 und PT2) zu erstellen.

5.6.3 Anwendung

Die Bögen sollten für alle gastroenterologisch-onkologischen Patienten angelegt werden, unabhängig davon, ob diese Diagnose der Haupt- oder Einweisungsdiagnose entspricht oder nicht.

5.6.4 Datenerhebung

Die Bögen AT1 und PT1 sollen am Aufnahmetag oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Aufnahme erhoben werden. Der Bogen AT1 wird vom aufnehmenden Arzt ausgefüllt, die zu erhebenden Daten stützen sich auf die vorhandenen Vorbefunde und die anamnestischen Daten des Patienten. Der Bogen PT1 wird dem Patienten bereits vor oder bei der Aufnahmeuntersuchung ausgehändigt und sollte innerhalb ein bis zwei Tagen ausgefüllt zurückgegeben werden.

Die Bögen AT2 und PT2 sollen zur Entlassung erstellt werden. Der Bogen AT2 wird von dem die Entlassungsuntersuchung durchführenden Arzt ausgefüllt, die zu erhebenden Daten stützen sich auf die während der Rehabilitation erhobenen Befunde (Krankenakte). Der Bogen PT2 wird dem Patienten bereits vor oder bei der Abschlussuntersuchung ausgehändigt und sollte innerhalb eines Tages ausgefüllt zurückgegeben werden.

5.6.5 Items

5.6.5.1 Bogen AT1

icd

Hauptdiagnose ICD

Es sind Angaben sowohl nach ICD-9, als auch nach ICD-10 möglich. Bitte linksbündig eintragen, auszulassende Stellen leer lassen und nicht durch 0 füllen.

Mögliche Eingaben nach ICD-9 sind die Ziffern 1 bis 99998, wobei aufgrund der indikationsbezogenen Vorgabe hier überwiegend die Diagnosen 150.. bis 159.., 230.., 235 bzw. C00 – D49 eingetragen werden. Das Feld ist vorbesetzt mit 99999.

t1,n1,m1,g1

TNM-Klassifikation

Hier soll die primäre TNM-Klassifikation bei Diagnosestellung (ggf. unterscheidet sich diese von der aktuellen Klassifikation bei Aufnahme) eingetragen werden.

Mögliche Werte für T sind 0, S (= in situ), 1, 2, 3, 4, X.

Mögliche Werte für N sind 0, 1, 2, 3, X.

Mögliche Werte für M sind 0, 1, X.

Mögliche Werte für G sind 1, 2, 3, 4, X.

Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

tre**Tumorrest (nach Primärtherapie)**

Hier soll eingetragen werden, ob die Primärtherapie (OP oder Chemo-/Strahlentherapie) kurativ oder palliativ erfolgte.

Mögliche Werte sind 0=kein Rest, 1=histologisch Rest, 2=makroskopisch Rest, 8=unbekannt/-unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

t2,n2,m2**TNM-Klassifikation**

Hier soll die aktuelle TNM-Klassifikation bei Aufnahme in die Rehabilitation eingetragen werden. Entspricht sie der Primärklassifikation, kann die Eintragung entfallen.

Mögliche Werte für T sind 0,S (= in situ), 1, 2, 3, 4, X.

Mögliche Werte für N sind 0, 1, 2, 3, X.

Mögliche Werte für M sind 0, 1, X.

Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

vb**Vorbehandlung**

Hier ist die Primärtherapie nach Stellung der onkologischen Diagnose anzugeben. Es ist nur ein Kreuz zu setzen.

Mögliche Werte sind 1=Organteilresektion, 2=Organresektion, 3=Organgrenzen überschreitende Resektion, 4=Palliativeingriff, 5=nicht operiert, 8=nicht bekannt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ze**Zweiteingriff**

Falls Zweit- oder Mehrfachoperationen erfolgten, ist dies hier anzukreuzen. Es kann nur ein Kreuz gesetzt werden.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=wegen Rezidiv/Metastasen, 2=wegen sonstiger Folgeprobleme, 8=nicht bekannt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

st**Stoma**

Falls ein Ileostoma oder Colostoma angelegt wurde, ist dies hier anzugeben

Mögliche Wert sind 0=nein, 1=passager, noch vorhanden, 2=passager, bereits zurückverlegt und 3=definitiv. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

not**Nicht-Operative Therapie**

Die Durchführung einer Chemo-, Strahlen- oder Alternativtherapie ist hier anzukreuzen.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=ja, noch laufend, 2=ja, bereits abgeschlossen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

st, ct, at, so**Nicht-Operative Therapie**

Falls eine nicht operative Therapie durchgeführt wurde oder wird, ist hier deren Art zu vermerken. Mehrfachantworten sind hier möglich.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

tmo**Relevanter Tumormarker**

Relevante Tumormarker sind das CEA für das Coloncarcinom, das CA 19/9 für Pankreas-/Cholangiocarcinome, ggf. auch das CA 12/5. Falls ein präoperativer Wert be-

kannt ist, wird hier eingetragen, ob dieser normal oder erhöht war.

Mögliche Werte sind 0=normal, 1=erhöht, 8=nicht bekannt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

tmv**Relevanter Tumormarker**

Falls in Item tmo ein relevanter Tumormarker angegeben wurde, ist hier einzutragen, ob Verlaufskontrollen bis Reha-Beginn durchgeführt wurden.

Mögliche Werte sind 0=gleichbleibend, 1=Grauzone, 2=angestiegen, 3=abgefallen, 8=nicht bekannt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

bia**Behandlungsintention**

Hier ist der Therapieansatz bei Reha-Beginn (unterscheidet sich ggf. von der Intention bei Primärtherapie) anzugeben.

Mögliche Werte sind 0=kurativ, 1=palliativ, 8=nicht bekannt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

auf**Aufklärung des Patienten**

Hier ist der aus dem Aufnahmegespräch gewonnene Eindruck bzw. der aus vorliegenden Arztbriefen entnommene Hinweis über die Aufklärung des Patienten anzugeben.

Mögliche Werte sind 0=nicht, 1=teilweise, 2=umfassend, 8=unklar. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

mod**Zeit seit Diagnosestellung**

Hier ist die Zeit zwischen der Primärdiagnose und Reha-Beginn in Monaten anzugeben. Ziffern bitte rechtsbündig eintragen, bei ein- und zweistelligen Werten führende Nullen ergänzen.

Mögliche Eingaben sind 0 bis 998. Das Feld ist vorbesetzt mit 999=missing.

ki**Beeinträchtigung der Lebensqualität**

Der Karnofsky-Index ist in Prozent anzugeben:

- 100% Normale Aktivität, keine Beschwerden, keine manifeste Tumorerkrankung
- 90% Normale Leistungsfähigkeit, minimale Krankheitssymptome
- 80% Normale Aktivität nur mit Anstrengung, geringe Krankheitssymptome
- 70% Unfähig zu normaler Aktivität oder Arbeit, versorgt sich selbständig
- 60% Gelegentliche Unterstützung notwendig, aber noch weitgehende Selbstversorgung möglich
- 50% Ständige Unterstützung und Pflege, häufige ärztliche Hilfe notwendig
- 40% überwiegend bettlägerig, spezielle Pflege erforderlich
- 30% Dauernd bettlägerig, geschulte Pflege notwendig
- 20% Schwerkrank, Hospitalisierung notwendig, aktive supportive Therapie erforderlich
- 10% Moribund

Mögliche Eingaben sind 10 bis 100. Bitte rechtsbündig eingeben. Das Feld ist vorbesetzt mit 999=missing.

pa**Psychische Auffälligkeiten**

Hier ist der Eindruck des Arztes beim Aufnahmegespräch anzugeben.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja, 8=unsicher. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

5.6.5.2 Bogen PT1

gfr,gkh***Gewicht***

Anzugeben ist das auf ganze Kilogramm auf- oder abgerundete Gewicht vor der Carcinomerkrankung und nach Abschluss der Primärtherapie.

Es können Werte zwischen 20 und 300 eingetragen werden, die Felder sind vorbesetzt mit 999 (= missing).

ns1***Nachsorge 1***

Anzukeuzen ist in jeder Zeile ein Kästchen.

Mögliche Eingaben sind 0=keine, 1=unregelmäßig, 2=regelmäßig. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ns2***Nachsorge 2***

Falls Nachsorgeuntersuchungen stattgefunden haben (Item ns1) ist anzugeben, ob die Nachsorge ohne oder mit Endoskopie durchgeführt wurde.

Mögliche Eingaben sind 0=ohne Endoskopie, 1=mit Endoskopie. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ns3***Nachsorge 3***

Falls Nachsorgeuntersuchungen stattgefunden haben (Item ns1) ist anzugeben, nach welchem Schema vorgegangen wurde.

Mögliche Eingaben sind 1=nach Plan, 2=weil ich Beschwerden hatte, 3=weiß ich nicht. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ins/inw***Informationsstand***

Der Patient soll hier seinen subjektiven Informationsstand über seine Erkrankung mitteilen.

Mögliche Eingaben sind 1=ich bin umfassend über meine Krankheit informiert, 2=ich wurde zu wenig über meine Erkrankung aufgeklärt. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

inw***Informationsbedürfnis***

Der Patient soll hier seinen Informationswunsch mitteilen.

Mögliche Eingaben sind 1=keine weiteren Informationen über meine Krankheit, 2=mehr Informationen über meine Krankheit. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

gl1-gl9***Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex***

Diese Fragen sind entnommen aus dem Gastroenterologischen Lebensqualitätsindex (GLQI) von EYPASCH et al. Anzukeuzen ist in jeder Zeile ein Kästchen, welches der Häufigkeit der genannten Beschwerden am nächsten kommt.

Mögliche Eingaben sind 4=die ganze Zeit, 3=meistens, 2=hin und wieder, 1=selten, 0=nie. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

he1-he0***Psychische Belastung nach Krebs***

Diese Fragen sind dem Fragebogen zu Belastungssituationen bei Krebs (FBK) von HERSCHBACH entnommen. Falls die Aussage auf den Patienten **nicht** zutrifft, kreuzt er das Kästchen in der ersten Spalte an. Wenn die Aussage dagegen zutrifft,

gibt er auf einer fünfstufigen Skala an, in welchem Maße diese Aussage auf ihn zutrifft. Aus diesen 10 Items wird ein Belastungsscore errechnet, der mit einer Eichstichprobe verglichen und auf dem Probleblatt ausgegeben wird.

Mögliche Eingaben sind 0=trifft nicht zu, 1=kaum bis 5=sehr stark. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

5.6.5.3 Bogen AT2

tne

TNM-Klassifikation

Wenn die Diagnostik während der Rehabilitation Metastasenverdacht ergeben hat oder die Ausdehnung eines nicht resezierten Tumors sich verändert hat, ist geändert anzukreuzen.

Mögliche Eingaben sind 0=unverändert, 1=möglicherweise zu ändern, 2=geändert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

t3,n3,m3

aktuelle TNM-Klassifikation

Hier soll die TNM-Klassifikation bei Reha-Entlassung, nur wenn sie sich von derjenigen bei Aufnahme unterscheidet, eingetragen werden. Hat sich die TNM-Klassifikation nicht geändert, werden die entsprechenden Felder automatisch von A-T1 übernommen.

Mögliche Werte für T sind 0,S (= in situ), 1, 2, 3, 4, X.

Mögliche Werte für N sind 0, 1, 2, 3, X.

Mögliche Werte für M sind 0, 1, X.

Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe).

nm,nr,nz

Neu diagnostiziert wurde

In jeder Zeile ist ein Kästchen anzukreuzen. Der dringende Verdacht ist charakterisiert durch eindeutige spezifische bildgebende Verfahren (z.B. Sono oder CT der Leber) oder deutliche Anstiege spezifischer Tumormarker.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=Verdacht, 2=dringender Verdacht, 3=histologisch gesichert. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

bie

Behandlungsintention zum Entlassungszeitpunkt

Hier ist der Therapieansatz bei Entlassung (unterscheidet sich ggf. von der Intention bei Reha-Beginn) anzugeben. Hat die Diagnostik keine neuen Erkenntnisse erbracht, sind die Angaben von bia (Bogen A-T1) zu übernehmen.

Mögliche Eingaben sind 0=kurativ, 1=palliativ, 8=nicht entschieden. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

aa

Ärztliche Aufklärungsarbeit

Hier ist der Umfang der während der Rehabilitation geleisteten Aufklärungsarbeit zu dokumentieren.

Mögliche Werte sind 0=nicht notwendig, 1=teilweise über Grundkrankheit aufgeklärt, aber nicht über Tumorrest/Prognose, 2=umfassend. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

hba,hbe

Hämoglobinwerte

Die Hämoglobinwerte bei Aufnahme und Entlassung sind in g/dl anzugeben.

Es können Werte zwischen 02,0 und 25,0 angegeben werden. Die Felder sind vorbesetzt mit

99,9 (= missing).

de,dr,ds,da **Diagnostik während Heilverfahren morphologisch**
Hier sind während der Rehabilitation durchgeführte morphologische Untersuchungen anzukreuzen. Bitte in jede Zeile ein Kreuz setzen.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

dp-do **Diagnostik während Heilverfahren funktionell**
Hier sind während der Rehabilitation durchgeführte funktionelle diagnostische Untersuchungen anzukreuzen. Bitte in jede Zeile ein Kreuz setzen.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

id **Indikation der Diagnostik**
Die überwiegende Indikation für die Durchführung der in de - do angekreuzten Maßnahmen ist hier anzugeben.

Mögliche Eingaben sind 1=spezifische Beschwerden, 2=im Rahmen der Nachsorge, 3=zur sozialmedizinischen Beurteilung, 4=sonstiges. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

ndf,ndb **Erkenntnisse der Diagnostik**
Das Ergebnis der unter de - do durchgeführten Diagnostik hinsichtlich therapiebedürftiger Folgen/Begleiterkrankungen ist hier anzugeben.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

tlw - tbe **Therapie während Rehabilitation**
Therapeutische Maßnahmen während der Rehabilitation sind hier zu dokumentieren. In jeder Zeile ist nur ein Kreuz zu setzen.

Mögliche Eingaben sind 1=neu begonnen, 2=fortgesetzt, 3=beendet, 6=abgelehnt, 0=entfällt. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

tki – tbb **Psychotherapie-Krankheitsinformation**
In diesen Zeilen ist ebenfalls in jeder Zeile ein Kreuz zu setzen.

Mögliche Eingaben sind 1=einzeln (<10 Min.) 2=Gruppe, 3=Einzel u. Gruppe, 6=abgelehnt, 0=entfällt. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

5.6.5.4 Bogen PT2

ies/iek **Informationsstand**
Der Patient soll hier seinen subjektiven Informationsstand/Informationsbedürfnis über seine Erkrankung mitteilen.

Mögliche Eingaben sind 1=ich bin umfassend über meine Krankheit informiert, 2=ich wurde zu wenig über meine Erkrankung informiert. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

gl1-gl9 **Gastrointestinaler Lebensqualitätsindex**
Diese Fragen sind entnommen aus dem Gastroenterologischen Lebensqualitätsindex (GLQI) von EYPASCH et al. Anzukreuzen ist in jeder Zeile ein Kästchen, welches der Häufigkeit der genannten Beschwerden am nächsten kommt.

Mögliche Eingaben sind 4=die ganze Zeit, 3=meistens, 2=hin und wieder, 1=selten, 0=nie. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

he1-he0**Belastungssituationen bei Krebs**

Diese Fragen sind entnommen aus dem Fragebogen zu Belastungssituationen bei Krebs (FBK) von HERSCHBACH. Falls die Aussage auf den Patienten **nicht** zutrifft, kreuzt er das Kästchen in der ersten Spalte an. Wenn die Aussage dagegen zutrifft, gibt er auf einer fünfstufigen Skala an, in welchem Maße diese Aussage auf ihn zutrifft. Aus diesen 10 Items wird ein Belastungsscore errechnet, der mit einer Eichstichprobe verglichen und auf dem Problemlblatt ausgegeben wird.

Mögliche Eingaben sind 0=trifft nicht zu, 1=kaum bis 5=sehr stark. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

5.7 Das Modul Ess-Störungen

5.7.1 Einführung

Mit dem Modul Essstörungen sollen die wichtigsten Ess-Störungen Adipositas, binge-eating-Syndrom, Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erfasst werden. Es handelt sich um ein Screening-Instrument, das Hinweise auf das Vorliegen einer Ess-Störung liefern, eine genaue Anamnese der im ICD-10 bzw. im DSM IV genannten Diagnosekriterien jedoch nicht ersetzen kann.

5.7.2 Bogenstruktur

Das Modul besteht aus einem Bogen für den Patienten (P-E1).

5.7.3 Anwendung

Der Bogen wird nur dann eingesetzt, wenn es Hinweise auf das Vorliegen einer Ess-Störung gibt, z.B. ein Body-Mass-Index über 27,5 kg/m² für Adipositas oder unter 18 kg/m² für Anorexia nervosa.

5.7.4 Datenerhebung

Das Modul Ess-Störungen wird nur zum Aufnahmezeitpunkt angewandt. Der Bogen P-E1 wird dem Patienten bei der Aufnahmeuntersuchung ausgehändigt und sollte in den ersten Tagen ausgefüllt zurück gegeben werden.

5.7.5 Items

5.7.5.1 Bogen P-E1

adi **Übergewicht**
Dieses Item wird benötigt, um die Fragen, die sich ausschließlich auf das Problem der Adipositas beziehen, überspringen zu können. Wenn der Patient dieses Item verneint, soll er die Items 2 bis 20 überspringen und mit Item Nr. 21 fortfahren.

Mögliche Eingaben sind 0=nein und 1=ja. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

fni **familiäre Adipositas**
Einzutragen ist, ob noch weitere Familienmitglieder von Adipositas betroffen sind, um eine genetische Komponente bzw. ein familiäres Essverhaltensmuster abschätzen zu können. Wenn der Patient die Antwortalternative ja ankreuzt, soll er auch die nächsten Items (fva, fmu, fpa, fki) ankreuzen.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja und 8=weiß nicht. Diese Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

fna - fki **familiäre Adipositas**
Es sollen die direkten Verwandten und die Personen in der Lebensgemeinschaft angegeben werden, die ebenfalls adipös sind (Vater, Mutter, Geschwister, Partner, Kind(er)).

Mögliche Eingaben sind Ja und Nein. Das Feld ist vorbesetzt mit Nein.

gse***Adipositas seit***

Je länger eine Adipositas besteht, desto ungünstiger ist die Prognose. Um eine statistische Auswertung zu erleichtern wurden Klassen für die Erkrankungsdauer gebildet. Der Patient soll angeben, ob der in der 1., 2., 3.-4. oder nach der 4. Dekade adipös wurde.

Mögliche Antwortalternativen sind 0=1.-10. LJ, 1=11.-20. LJ, 2=21.-40.LJ, 3=nach dem 40. LJ und 8=weiß nicht. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

gma***Maximalgewicht***

Hier ist das jemals erreichte Maximalgewicht anzugeben. Eingetragen werden ganze Kilogramm. Gibt der Patient Dezimalwerte an, ist bei der Dateneingabe auf- oder abzurunden.

Mögliche Eingaben sind 0 – 500 kg. Das Feld ist vorbesetzt mit 999=missing.

gja***Jahr des Maximalgewichts***

Es ist das Kalenderjahr einzutragen, in welchem das Maximalgewicht erreicht worden ist.

Die Eingabe soll vierstellig erfolgen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9999=missing.

uve – ube***Ursachen für Übergewicht***

Mit diesen soll angegeben werden, welche Ursachen für die Ess-Störung verantwortlich gemacht werden. Es sind 12 Antwortalternativen vorgegeben. Daraus wird ermittelt, ob der Patient eher externe oder interne Ursachen für sein Übergewicht verantwortlich macht. Zu den externalen Ursachen werden Vererbung, Erziehung, Diäten, Gruppenzwang, Medikamente, Schwangerschaft, Rauchen aufgegeben und beruflicher Umgang mit Essen gezählt. Zu den internalen Ursachen werden Bewegungsmangel, Fehlernährung, seelische Belastungen, und Essen beruhigt und entspannt gezählt. Im Problembblatt wird ausgegeben, wie viele der 8 internalen und der 4 externalen Ursachen angekreuzt wurden. Eine eher interne Ursachenattribution wird als prognostisch günstiger betrachtet als eine eher externe.

Mögliche Eingaben sind Ja und Nein. Die Felder sind vorbesetzt mit nein.

zma***Zeitpunkt der Hauptmahlzeit***

Es wird erfasst, zu welcher Zeit die Befragten ihre größte Nahrungsmenge einnehmen. Wenn hier abends oder nachts angegeben wird, kann dies ein Hinweis auf ein night-eating-Syndrom oder binge-eating-Störung sein.

Mögliche Antwortalternativen sind 1=morgens, 2=mittags, 3=abends, 4=nachts, 8=zu verschiedenen Zeiten. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

gwu***Wunschgewicht***

Die Befragten sollen angeben, welches persönliche Körpergewicht von ihnen gewünscht wird. Eine große Diskrepanz zwischen ihrem aktuellen und ihrem Wunschgewicht ist prognostisch ungünstig, da in der Regel nicht erreichbar.

Es sind ganze Kilogramm einzutragen. Möglich sind Eingaben zwischen 0 und 500 kg. Das Item ist vorbesetzt mit 999=missing.

zja***Gewicht in 1 Jahr***

Es soll angegeben werden, welches Körpergewicht in einem Jahr erreicht sein soll.

Es sind ganze Kilogramm einzutragen. Möglich sind Eingaben zwischen 0 und 500 kg. Das Item ist vorbesetzt mit 999=missing.

anz**Gewichtsreduktionsversuche**

Es wird nach der Anzahl bisheriger Gewichtsreduktionsversuche gefragt. Je höher die Anzahl gescheiterter Reduktionsversuche ist, umso geringer ist die Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich eines Therapieerfolges anzunehmen. Außerdem kann der Grundumsatz durch starkes Gewichtscycling vermindert sein, so dass geringere Erwartungen an die Gewichtsreduktion gestellt werden müssen.

Mögliche Eingaben sind 0=noch keinen, 1=1-3 Versuche, 2=4-6 Versuche und 3=mehr als 6 Versuche. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

tdi – tre**Methoden der Gewichtsreduktion**

Mit diesen 10 Items wird nach den bisher angewandten Gewichtsreduktionsmethoden gefragt. Es ist davon auszugehen, dass insbesondere Crash-Diäten zu einem Gewichtscycling beigetragen haben.

Mögliche Eingaben sind Ja und Nein. Die Felder sind vorbesetzt mit Nein.

bwo**Belastung durch Übergewicht**

Hier soll angegeben werden, wie psychisch belastend das Übergewicht erlebt wird. Für die Beurteilung der Veränderungsmotivation des Patienten kann dieses Item wichtige Hinweise geben.

Mögliche Eingaben sind 0=gar nicht, 1=wenig, 2=stark und 3=sehr stark. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

mot**Abnahmemotivation**

Erfragt wird die Motivation zur Gewichtsreduktion.

Mögliche Eingaben sind 0=gar nicht, 1=wenig, 2=etwas und 3=sehr. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

ges, ss, an, bew, ber, lqu, aus, nul**Vorteile der Gewichtsreduktion**

Die Patienten sollen den Nutzen angeben, den sie sich von einer Gewichtsabnahme versprechen. Hiermit soll indirekt die Motivation zur Gewichtsreduktion erfragt werden. Wird das Item nul (ich verspreche mir keine Vorteile) angekreuzt, ist dies ein wichtiger Hinweis auf ein Motivationsproblem.

Mögliche Eingaben sind 0=gar nicht, 1=wenig, 2=stark, 3=sehr stark, 9=missing. Die Felder sind vorbesetzt mit 9=missing.

bul**Heißhungeranfälle**

Es wird erfasst, ob der Patient Heißhungeranfälle verspürt. Diese kommen sowohl bei bulimischen, als auch bei anorektischen Patienten vor. Verneint der Patient diese Frage, soll er die Fragen 15 bis 20 überspringen und mit Frage 21 fortfahren. Die Items 15 – 21 dienen dazu, die Diagnose einer binge-eating-Störung oder einer Bulimie zu sichern.

Mögliche Eingaben sind 0=nein und 1=ja. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

bem**Erstmanifestation**

Es wird gefragt, wann die Heißhungeranfälle erstmals auftraten. Je länger die Erstmanifestation zurück liegt, umso ungünstiger ist die Prognose.

Mögliche Eingaben sind 0=noch nie, 1=vor weniger als 1 Monat, 2=vor bis zu 1 Jahr, 3=vor mehr als 1 Jahr, 8=weiß nicht. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

bfr**Häufigkeit der Heißhungeranfälle**

Anzugeben ist, wie häufig Heißhungerattacken auftreten. Die Prognose ist umso besser, je seltener die Attacken auftreten.

Mögliche Angaben sind 0=nie, 1=bis zu einmal pro Woche, 2=mehr als einmal pro Woche. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

bko**Kontrollverlust**

Kennzeichen bulimischer Anfälle ist das Gefühl, sie nicht kontrollieren zu können. Dieses Item dient dazu herauszufinden, ob es sich tatsächlich um Heißhungeranfälle im Sinne der Diagnosekriterien handelt.

Mögliche Angaben sind 0=nie, 1=selten, 2=ab und zu, 3=häufig, 4=meistens und 5=immer. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

bbe**Belastung durch Kontrollverlust**

Hier wird gefragt, wie sehr sich die/der Patient/in durch den Kontrollverlust belastet fühlt.

Mögliche Angaben sind 0=überhaupt nicht, 1=recht wenig, 2=etwas, 3=ziemlich stark, 4=sehr stark und 5=unerträglich stark. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

cal**Verzehrmenge**

Bulimische Attacken sind nur dann als solche zu klassifizieren, wenn bei einer Mahlzeit deutlich mehr als üblich gegessen wird (>1.000 Kcal). Dieses Item dient deshalb dazu herauszufinden, ob es sich tatsächlich um Heißhungeranfälle handelt.

Mögliche Angaben sind 1=unter 1.000 Kcal, 2=1.000 – 4.000 Kcal, 3=4.000 – 7.000 Kcal und 4=über 7.000 Kcal. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

svw**Selbstvorwürfe**

Es wird nach Schamgefühlen und Selbstvorwürfen im Zusammenhang mit Essanfällen gefragt.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja. Das Item ist vorbesetzt mit 9=missing.

erb**absichtliches Erbrechen**

Erfasst wird absichtliches Erbrechen.

Mögliche Eingaben sind 0=nein, 1=ja. Das Feld ist vorbesetzt mit 9=missing.

5.8 Das Arbeitsplatz-Modul (A)

5.8.1 Einführung

Mit dem Arbeitsbogen Patient Aufnahme sollen die Bedingungen und Verhältnisse am Arbeitsplatz charakterisiert werden um so rechtzeitig eventuelle Einflüsse auf die Gesundheit durch die Tätigkeit zu erkennen.

5.8.2 Bogenstruktur

Der Arbeitsplatzbogen ist bei Aufnahme von dem Patienten auszufüllen.

5.8.3 Anwendung

Der Bogen Arbeitsplatz ist von allen Patienten, die noch erwerbstätig sind, anzulegen, auch wenn sie derzeit keinen Arbeitsplatz besitzen. Er bezieht sich auf die letzte ausgeübte Tätigkeit.

5.8.4 Datenerhebung

Der Bogen soll am Aufnahmetag oder in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Aufnahme durch den Patienten ausgefüllt werden.

5.8.5 Items

kh

Tätigkeit

Die Art der Tätigkeit ist anzukreuzen.

Mögliche Werte sind 1=überwiegend stehend, 2=gehend, 3=sitzend, 4=im Wechsel Stehen/Gehen/Sitzen. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe)

tt, ts, tf, tu, tm

Tätigkeitsinhalt

Hier wird die Tätigkeit näher beschrieben z.B. häufiges (tägliches) Tragen von Lasten über 20 kg ohne Hilfsmittel.

Mögliche Werte sind 1=ja, 0=nein. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe)

az

Arbeitszeit

Hier wird die Tageszeit, zu welcher die Arbeit verrichtet wird, angekreuzt.

Mögliche Werte sind 1=nur tagsüber, 2=Wechselschicht ohne Nacht (früh / spät), 3=Wechselschicht mit Nacht, 4=nur nachts. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe)

ak

Akkord

Beschreibt die Form der Arbeitsorganisation.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=Einzelakkord, 2=Gruppenakkord. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe)

tk, tr, tve, tva, tvs

Tätigkeitsanforderung

Beinhaltet besondere Anforderungen wie z.B. Konzentration.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=gering, 2=hoch. Die Felder sind vorbesetzt mit 9 (=missing,

fehlende Angabe)

za**Zufriedenheit am Arbeitsplatz**

Hier soll die Zufriedenheit am Arbeitsplatz beschrieben werden.

Mögliche Werte sind 3=sehr zufrieden, 2=zufrieden, 1=unzufrieden, 0=sehr unzufrieden. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (= missing, fehlende Angabe)

wa**Wiederaufnahme der Tätigkeit**

Hier soll angekreuzt werden, ob der Gesundheitszustand eine Wiederaufnahme der Tätigkeit zuläßt.

Mögliche Werte sind 1=ja, 0=nein, 8=weiß nicht. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (=missing, fehlende Angabe)

ps, pk, pa, pg, pt, pp**Probleme durch die Erkrankung**

Hier sollen die Probleme, die auf Grund der Erkrankung die Tätigkeit beeinträchtigen können, aufgezeigt werden wie z.B. Schmerzen.

Mögliche Werte sind 1=trifft zu, 0=trifft nicht zu, 8=weiß nicht. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (missing, fehlende Angabe)

ba**Betriebsärztliche Betreuung**

Hier soll die Möglichkeit einer betriebsärztlichen Betreuung angekreuzt werden.

Mögliche Werte sind 1=ja, 0=nein, 8=weiß nicht. Das Feld ist mit 9 vorbesetzt (missing, fehlende Angabe)

ga**Medizinische Begutachtung**

Hier soll angekreuzt werden, ob schon in den letzten 12 Monaten eine medizinische Begutachtung stattgefunden hat.

Mögliche Werte sind 0=nein, 1=durch Krankenkasse, 2=durch Rentenversicherung, 3=durch andere, 8=weiß nicht. Das Feld ist vorbesetzt mit 9 (missing, fehlende Angabe).

6 Die patientenbezogene Auswertung

MEGAREDO stellt für jeden Patienten ein Problembblatt zur Verfügung. Dieses Problembblatt stellt alle für die weitere Behandlung wichtigen Daten auf einer Seite zusammen. Dieses Blatt kann z.B. als Kurvendeckblatt in der Krankenakte genutzt werden, so dass beispielsweise bei der Visite wichtige Informationen schnell verfügbar sind.

Den Ausdruck des Problembblatts erreicht man über das Menü {Ausgaben - Aufnahmeprofile}. Dieser Menüpunkt ist in der vorliegenden Version 1.2 noch ohne Funktion. Das Problembblatt wird in der nächsten Programmversion verfügbar sein.

Darüber hinaus wird es in späteren Programmversionen patientenübergreifende Auswertungen geben. Diese werden dann über das Menü {Ausgaben - Vergleiche} aufrufbar sein.

7 Die klinikeigene Auswertung

Da die Daten von MEGAREDO in strukturierter Form elektronisch gespeichert werden, ist es möglich, sie nach beliebigen Kriterien statistisch auszuwerten. Für die Auswertung wird ein Statistikprogramm benötigt (z.B. SPSS, SAS, Systat), da in MEGAREDO keine Auswertungsprozeduren enthalten sind. Gebräuchliche Statistiksoftware ist in der Regel in der Lage, die MEGAREDO-Daten einzulesen. Gegebenenfalls können die Daten von MEGAREDO ins Excel-Format konvertiert und in dieser Form vom Statistikpaket importiert werden. Grundkenntnisse in Statistik und in der Bedienung des Statistikprogramms sind erforderlich.

Im Rahmen dieses Handbuchs ist es unmöglich, alle Auswertungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die jede Klinik mit den MEGAREDO-Daten hat. Sie sind nahezu unbegrenzt und können hier nur angedeutet werden. Es wird empfohlen, zunächst Fragen zu formulieren, welche die Nutzer interessieren, und die Daten gezielt auf diese Fragestellung hin auszuwerten, da andernfalls sehr leicht der Überblick verlorengeht.

Für jedes Item kann prinzipiell eine Häufigkeitsverteilung der vorgegebenen Antwortalternativen aufgestellt werden. Wenn diese Auswertungen über bestimmte Zeiträume miteinander verglichen werden (z.B. Jahre oder Quartale), lassen sich Trends erkennen. Neben einem längsschnittartigen Vergleich der Häufigkeitsverteilungen sind vielfältige Gruppenvergleiche möglich.

Beantworten lassen sich zum Beispiel Fragen wie:

Wieviele Diabetiker mit Retinopathie wurden im vergangenen Jahr in der Klinik behandelt? Wie hat sich die Anzahl der Typ 1- und Typ 2-Diabetiker in den letzten 6 Monaten entwickelt?

Gibt es statistisch signifikante Unterschiede bei Depression und Angst zwischen Krebskranken und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen? Unterscheiden sich Patienten mit Rentenwunsch bzgl. des therapeutischen Aufwands von solchen ohne Rentenwunsch?

8 Die klinikübergreifende Auswertung

Die GRVS wird zukünftig ein klinikübergreifendes Datenpooling anbieten. Die GRVS führt dabei die anonymisierten Daten aller beteiligten Kliniken zusammen und erstellt daraus Auswertungen. Für die Beteiligung an diesem Daten-Pool und den Bezug der vergleichenden Auswertungen ist der Abschluß einer Nutzungsvereinbarung mit der GRVS erforderlich.

Die GRVS e.V. führt in regelmäßigen Abständen standardisierte Auswertungen wesentlicher Daten des gesamten Datenpools durch, die sie den Nutzern unentgeltlich in Tabellenform zur Verfügung stellt. Über die Form der Auswertung und ggf. Veröffentlichung entscheidet der Vorstand der GRVS nach Anhörung des Beirats.

In jedem Fall werden von der GRVS nur solche Auswertungen durchgeführt und nur solche Tabellen erstellt, die die Identifikation einzelner Nutzer unmöglich machen.

Die Nutzer können gegen Unkostenerstattung weitergehende Auswertungen von der GRVS e.V. durchführen lassen. Nach Prüfung des Verwendungszweckes ist die GRVS auf schriftlichen Antrag an den Vorstand bereit, für wissenschaftliche Studien unter Angabe der untersuchten Fragestellung und Nennung der hierfür benötigten Items die erforderlichen Teilmengen der gepoolten Daten auf Datenträgern zur Verfügung zu stellen.

Um an dem Datenpool der GRVS teilnehmen zu können, senden Sie Ihre anonymisierten Daten an die GRVS ein. Die genauen Modalitäten des Poolings und der Auswertung werden noch bekanntgegeben.

Um Ihre Daten zu exportieren wählen Sie den Menüpunkt {Datei - Export - Dokumentationsdaten} an wie unter 3.4.2 beschrieben. Hier können Sie wählen, ob Sie die Dateien als Textdatei oder als Excel-Tabelle exportieren wollen. In der folgenden Box geben Sie den Pfad (also z.B. C:\EXPORT) für den Export an. Daraufhin werden alle Dokumentationsdaten anonymisiert exportiert. Dies geschieht indem für jeden Megaredo-Bogen eine Datei erstellt wird, diese Dateien heißen z.B. PB1.DOC bzw. AB1.XLS.

Um am Pooling teilzunehmen müssen Sie alle exportierten Dateien auf Diskette oder als Email an die GRVS einsenden.

MEGAREDO unterzieht die eingegebenen Daten Plausibilitätsprüfungen. Hierdurch ist gewährleistet, dass z.B. keine Daten eingegeben werden können, die unsinnig sind. Beispielsweise wird geprüft, ob das eingegebene Merkmal überhaupt vorkommen kann: Bei einem Ja/Nein-Feld kann daher kein anderes Zeichen als J oder N eingegeben werden. In den Feldern in denen Zahlenwerte erwartet werden, können nur Zahlenwerte eingegeben werden, die plausibel sind, beispielsweise ist die Eingabe der Körpergröße auf Werte zwischen 50 und 250 begrenzt. Diese Funktion soll fehlerhafte Daten durch Eingabefehler verhindern.

Setzen Sie in Ihrer Einrichtung MEGAREDO mit einem externen Datenzugriff (z.B. ODBC, siehe 3.9) ein, so sind diese Prüfungen nicht gewährleistet. Schwerwiegende Datenfehler in den Dokumentationsdateien können aber das Pooling Ihrer Daten verhindern. Jeder Nutzer, der Daten in die MEGAREDO-Tabellen mit dem ODBC-Zugriff schreibt, sollte daher in den ODBC-Codes unplausible Daten verhindern.

9 Datensicherung

Die Sicherung der mit Megaredo erfaßten Daten ist mindestens ebenso wichtig wie die Dateneingabe. Datenverlust durch technische Probleme oder menschliches Versagen ist wesentlich teurer als eine regelmäßige Datensicherung. Die GRVS empfiehlt daher eine automatische zeitgesteuerte Datensicherung auf mindestens einem weiteren Datenträger (z.B. Magnetband oder CD-ROM).

Für die Datensicherung sind die Nutzer selbst verantwortlich. Da es sich bei der Megaredo-Datenbank um zu schützende, personenbezogene Daten handelt, müssen auch die Sicherungskopien vor unberechtigtem Zugriff bewahrt werden.

10 Datensatzbeschreibung

Im Folgenden finden Sie eine Beschreibung aller in MEGAREDO enthaltenen Tabellen und Felder. Diese Angaben werden benötigt, um die Schnittstellen zum Entlassungsberichtssystem und ggf. weiterer Anwendungen in der jeweiligen Einrichtung zu erstellen.

10.1 Interpretation der Datensatzbeschreibung

Dieser Abschnitt enthält wichtige Hinweise darüber, wie die aufgeführten Datensatzbeschreibungen der von Megaredo verwendeten Tabellen zu verstehen sind. Wenn Sie in irgendeiner Form auf die in diesen Tabellen enthaltenen Daten zugreifen möchten (Ändern, Lesen, ...) ohne dies über die eigentliche Benutzeroberfläche von Megaredo zu tun sollten Sie die folgenden Punkte unbedingt beachten:

In den nachfolgenden Tabellen, in denen Felder der Datensätze beschrieben werden, ist für jedes Feld ein Feldtyp angegeben. Der Typ gibt an, was für Werte für das entsprechende Feld möglich sind. Das gilt sowohl für die Art der Werte (Text, Zahl ...) als für deren Bereich (Anzahl Zeichen, Maximalwert ...). Die in dieser Datensatzbeschreibung angegebenen Typen sind nicht unbedingt die tatsächlichen Datentypen, die von der Datenbank für die Speicherung der Werte verwendet werden, da manchmal verschiedene Datenbanken unterschiedliche Bezeichnungen für an sich gleiche Typen verwenden. Welcher Typ der Datenbank tatsächlich verwendet wird, um die Werte eines Feldes zu verwalten, wird durch die "cast_xxx"-Einträge in den Verbindungsdateien festgelegt, die dann an die jeweilige verwendete Datenbank angepasst werden können (im Ordner "\$MEGAREDO/data/connect/"). Eine Standard-Belegung ist in der Verbindungsdatei "default.properties" abgelegt. Die folgenden Feldtypen kommen vor:

Typ	Beschreibung	Standard-SQL-Typ
Byte	Ganzzahl im Bereich von 0 bis 255	TINYINT
Integer	Ganzzahl im Bereich von 0 bis 2^{32}	INTEGER
Char(%)	Text mit 0 bis % Zeichen	CHAR(%)
Text(%)	Text mit 0 bis % Zeichen	VARCHAR(%)
Boolean	Entweder wahr (Zeichen "Y") oder falsch (Zeichen "N")	CHAR(1)
Date	Datum im Format jjjj-mm-tt	DATE
Float	Kommazahl mit normaler Genauigkeit	FLOAT
Double	Kommazahl mit hoher Genauigkeit	DOUBLE PRECISION

Wenn die bei Ihnen verwendete Datenbank für einen der genannten Datentypen einen anderen Namen verwendet, dann kann der "cast_%"-Eintrag in "default.properties" entsprechend geändert oder ein identischer Eintrag in die entsprechende Verbindungsdatei aufgenommen werden (dieser hat dann Vorrang vor einem Cast-Eintrag in der default-Datei).

10.2 Beschreibung der Tabellen

10.2.1 Tabelle: arbeitsplatz_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient, Aufnahme" des Moduls "Arbeitsplatz" gespeichert. Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
pa1kh	Byte	Ist Ihre Tätigkeit: 1 = überwiegend stehend / 2 = gehend / 3 = sitzend / 4 = im Wechsel Stehen/Gehen/Sitzen / 9 = Missing
pa1tt	Byte	Beinhaltet Ihre Tätigkeit: - häufiges (tägl.) Tragen von Lasten über 20 kg ohne Hilfsmittel : 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pa1ts	Byte	- Besteigen von Gerüsten und Leitern: siehe pa1tt
pa1tf	Byte	- Fahr und Steuertätigkeiten: siehe pa1tt
pa1tu	Byte	- häufige (tägl.) Arbeit mit erhobenen Händen (Überkopf-Arbeit): siehe pa1tt
pa1tm	Byte	- Arbeit auf/mit gefährlichen Maschinen: siehe pa1tt
pa1az	Byte	Arbeitszeit: 1 = nur tagsüber / 2 = Wechselschicht ohne Nacht (früh/spät) / 3 = Wechselschicht mit Nacht / 4 = nur nachts / 9 = Missing
pa1ak	Byte	Akkord: 0 = nein / 1 = Einzelakkord / 2 = Gruppenakkord / 9 = Missing
pa1tk	Byte	Beinhaltet Ihre Tätigkeit besondere Anforderungen an: - Konzentration?: 0 = nein / 1 = gering / 2 = hoch / 9 = Missing
pa1tr	Byte	- Reaktionsvermögen?: siehe pa1tk
pa1tve	Byte	- Verantwortung für eigene Sicherheit?: siehe pa1tk
pa1tva	Byte	- Sicherheit anderer Personen?: siehe pa1tk
pa1tvs	Byte	- Verantwortung für große Sachwerte?: siehe pa1tk
pa1za	Byte	Wie zufrieden sind oder waren Sie an Ihrem Arbeitsplatz?: 3 = sehr zufrieden / 2 = zufrieden / 1 = unzufrieden / 0 = sehr unzufrieden / 9 = Missing
pa1wa	Byte	Läßt Ihr Gesundheitszustand aus Ihrer Sicht eine Wiederaufnahme Ihrer früheren Tätigkeit (oder ähnlich) wieder zu?: 1 = ja / 0 = nein / 8 = weiß nicht / 9 = Missing
pa1ps	Byte	Haben Sie bei Ihrer Tätigkeit auf Grund Ihrer Erkrankung Probleme wegen: -Schmerzen?: 1 = trifft zu / 0 = trifft nicht zu / 8 = weiß nicht / 9 = Missing
pa1pk	Byte	- zu schwere körperliche Arbeit?: siehe pa1ps
pa1pa	Byte	- arbeitsplatzbedingter Probleme?: siehe pa1ps
pa1pg	Byte	- gesundheitlicher Gefahren?: siehe pa1ps
pa1pt	Byte	- fehlende Toilette in ausreichender Nähe?: siehe pa1ps
pa1pp	Byte	- fehlender regelmäßiger Pausen (z.B. Zwischenmahlzeiten)?: siehe pa1ps
pa1ba	Byte	Werden Sie an Ihrem Arbeitsplatz betriebsärztlich betreut?: 1 = ja / 0 = nein / 8 = weiß nicht / 9 = Missing
pa1ga	Byte	Sind Sie in den letzten 12 Monaten medizinisch begutachtet worden?: 0 = nein / 1 = durch Krankenkasse / 2 = durch Rentenversicherung / 3 = durch andere / 8 = weiß nicht / 9 = Missing

10.2.2 Tabelle: basisblatt_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Basisblatt" gespeichert.

Folgende Änderungen haben sich seit der Version 1.5 ergeben:

- Die Felder "ab1ge" und "ab1at" wurden entfernt, da sie vollständig redundant zu den Feldern "geb_datum" und "aufn_datum" in der Tabelle "patienten" sind.

○ Für das Feld "ab1kt" wurde der missing-Wert "NULL" definiert.
Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
ab1ge	Byte	Geschlecht des Patienten: 0=Männlich / 1=Weiblich / 9=Missing
ab1al	Byte	Alter des Patienten in Jahren
ab1gr	Integer	Größe des Patienten in cm: 999 = Missing
ab1ag	Integer	Aufnahmegewicht des Patienten in ganze kg: 999 = Missing
ab1at	Date	Aufnahmetag des Patienten
ab1wo	Byte	Wohnort des Patienten 2-stellige PLZ : 00 = Ausland
ab1be	Integer	Berufsgruppenschlüssel: 9999 = Missing
ab1kt	Integer	Kostenträger der Rehamaßnahme als Schlüssel-Nr.: NULL = missing
ab1va	Byte	Verfahrensart: 1= HV / 2 = AHB / 3 =Eilverfahren / 4 = Kranken.-Beh. / 5 = Gutachten / 6 = nur Schulung / 7 = Andere / 9 = Missing
ab1ba	Byte	Aufenthaltsart: 1 = stationär / 2 = teilstationär / 3 = ambulant / 9 = Missing
ab1kf	Byte	Kooperationsfähigkeit des Patienten: 1 = schlecht / 2 = fraglich / 3 = gut / 8 = keine Aussage möglich / 9 = Missing
ab1mo	Byte	Motivation des Patienten: 1 = schlecht / 2 = fraglich / 3 = gut / 8 = keine Aussage möglich / 9 = Missing
ab1zvd	Byte	Reha-Ziele: - Vervollständigung der Diagnostik (somat., funkt., psycho-soz.): 0 = nicht wichtig - entfällt / 1 = wichtig / 2 = sehr wichtig / 9 = Missing
ab1zki	Byte	- Verbesserung Krankheitsinformation: siehe ab1zvd
ab1zbb	Byte	- Verbesserung von Beschwerden: siehe ab1zvd
ab1zgn	Byte	- Gewichtsnormalisierung (Zu-/Abnahme): siehe ab1zvd
ab1zrv	Byte	- Verbesserung von Risikoverhalten/Verminderung von Abhängigkeitsproblematik: siehe ab1zvd
ab1zkv	Byte	- Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens: siehe ab1zvd
ab1zlf	Byte	- Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit: siehe ab1zvd
ab1zve	Byte	- Verbesserung von vitaler Erschlöpfung/Streßbewältigung: siehe ab1zvd
ab1zda	Byte	- Verminderung von Depression und Ängstlichkeit: siehe ab1zvd
ab1zkb	Byte	- Verbesserung von Krankheitsbewältigung: siehe ab1zvd
ab1zsk	Byte	- Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung: siehe ab1zvd
ab1zaa	Byte	- Verbesserung der Alltagsaktivitäten (Haushalt/Freizeit): siehe ab1zvd
ab1zbi	Byte	- Verbesserung berufliche Integration: siehe ab1zvd
ab1zsi	Byte	- Verbesserung soziale Integration/Kompetenz: siehe ab1zvd
ab1zto	Byte	- Therapieoptimierung: siehe ab1zvd
ab1ztf	Byte	- Verminderung von Therapiefolgestörungen: siehe ab1zvd
ab1zsb	Byte	- Sozialmedizinische Begutachtung (BU/EU?): siehe ab1zvd

10.2.3 Tabelle: basisblatt_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung " des Moduls "Basisblatt" gespeichert.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

- Der Typ des Feldes "ab2ef" wurde von "Text" auf "Integer" geändert

- Der Typ des Feldes "ab2af" wurde von "Text" auf "Integer" geändert
- Der Typ der Felder "ab2d1i", "ab2d2i", "ab2d3i", "ab2d4i" und "ab2d5i" wurde von "Integer" auf "Char(8)" geändert, da die Entlassungs-Diagnosen jetzt nicht mehr im ICD-9 sondern im ICD-10-Schlüssel angegeben werden.

Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
ab2eg	Integer	Entl.-Gewicht: 999 = Missing
ab2et	Date	Entl.-Datum
ab2ef	Integer	Entl.-Form 1=regulär / 2=vorzeitig auf ärztl. veranlassung / 3 = vorzeitig mit ärztl. Einv. / 4 = vorzeitig o. ärztl. Einverst. / 5 = diszipl. / 6 = verlegt / 7=gestorben / 9 = Missing
ab2af	Integer	Arbeitsfähigkeit 0 = Maßn. nicht ordnungsgem. abgeschl. / 1 = arbeitsfähig / 2 = Hausfrau / 3 = arbeitsunfähig / 4 = Kinder HB / 5 = Beurteilung nicht erforderlich / 9 = Missing
ab2d1t	Char(250)	1. Diagnose, erklärender Text
ab2d1i	Char(8)	1. Entl.-Diagnose ICD-10: 99999 = Missing
ab2d1z	Byte	1. Zusatz: 0=kein Zusatz/ 1=z.Z. erscheinungsfrei / 3=chron. progredient / 4=Zust. nach / 5=Zust. nach Op. / 6=Zust. nach Ampu.-Zust. nach Transpl. / 7=Endoprothese.-Herzschrittm.-Bypass / 8=Dialyse-Gefäßdilatation-Thrombekt. / 9 = Missing
ab2d1s	Byte	1. Sicherheit: 0 = gesicherte Diagnose / 1 = Verdachtsdiagnose / 9 = Missing
ab2d1b	Byte	1. Behandlungsergebnis: 0 = 1-9 trifft nicht zu / 1 = gebessert / 2 = unverändert / 3 = verschlechtert / 9 = entfällt (gestorben) / 8 = Missing
ab2d1br	Byte	1. Beschwerden-Relevanz: 1 = keine / 2 = geringe / 3 = mittlere / 4 = große / 9 = Missing
ab2d1sr	Byte	1. Sozial-Med. Relevanz: 1 = keine / 2 = geringe / 3 = mittlere / 4 = große / 9 = Missing
ab2d2t	Char(250)	2. Diagnose, erklärender Text
ab2d2i	Char(8)	2. Entl.-Diagnose ICD-10: 99999 = Missing
ab2d2z	Byte	2. Zusatz: siehe ab2d1z
ab2d2s	Byte	2. Sicherheit: siehe ab2d1s
ab2d2b	Byte	2. Behandlungsergebnis: siehe ab2d1b
ab2d2br	Byte	2. Beschwerden-Relevanz: siehe ab2d1br
ab2d2sr	Byte	2. Sozial-Med. Relevanz: siehe ab2d1sr
ab2d3t	Char(250)	3. Diagnose, erklärender Text
ab2d3i	Char(8)	3. Entl.-Diagnose ICD-10: 99999 = Missing
ab2d3z	Byte	3. Zusatz: siehe ab2d1z
ab2d3s	Byte	3. Sicherheit: siehe ab2d1s
ab2d3b	Byte	3. Behandlungsergebnis: siehe ab2d1b
ab2d3br	Byte	3. Beschwerden-Relevanz: siehe ab2d1br
ab2d3sr	Byte	3. Sozial-Med. Relevanz: siehe ab2d1sr
ab2d4t	Char(250)	4. Diagnose, erklärender Text
ab2d4i	Char(8)	4. Entl.-Diagnose ICD-10: 99999 = Missing
ab2d4z	Byte	4. Zusatz: siehe ab2d1z
ab2d4s	Byte	4. Sicherheit: siehe ab2d1s
ab2d4b	Byte	4. Behandlungsergebnis: siehe ab2d1b
ab2d4br	Byte	4. Beschwerden-Relevanz: siehe ab2d1br
ab2d4sr	Byte	4. Sozial-Med. Relevanz: siehe ab2d1sr
ab2d5t	Char(250)	5. Diagnose, erklärender Text
ab2d5i	Char(8)	5. Entl.-Diagnose ICD-10: 99999 = Missing
ab2d5z	Byte	5. Zusatz: siehe ab2d1z
ab2d5s	Byte	5. Sicherheit: siehe ab2d1s
ab2d5b	Byte	5. Behandlungsergebnis: siehe ab2d1b
ab2d5br	Byte	5. Beschwerden-Relevanz: siehe ab2d1br
ab2d5sr	Byte	5. Sozial-Med. Relevanz: siehe ab2d1sr
ab2edk	Boolean	Empfohlene Maßnahmen: Diagn. Klärung
ab2esb	Boolean	stationäre Behandlung
ab2eop	Boolean	Operation
ab2ept	Boolean	Psychotherapie
ab2ers	Boolean	Reha-Sport
ab2ert	Boolean	Rheumatraining
ab2esh	Boolean	Selbsthilfegruppe
ab2esr	Boolean	Sucht-Reha
ab2esu	Boolean	Suchtberatung
ab2esn	Boolean	Spezielle Nachsorge
ab2esw	Boolean	Stufenweise Wiedereingliederung
ab2ebf	Boolean	Berufsfördernde Leistung
ab2ebi	Boolean	Innerbetriebliche Umsetzung
ab2eba	Boolean	Arbeitsplatzüberprüfung
ab2egr	Boolean	Gewichtsreduktion
ab2eak	Boolean	Alkoholkarenz
ab2enk	Boolean	Nikotinkarenz

ab2ehh	Boolean	Heil- und Hilfsmittel
ab2ewr	Boolean	Wiederholungs-Rehabilitation
ab2esa	Boolean	Sonstige Anregungen
ab2kah	Byte	Kontaktaufnahme Hausarzt: 0 = nein / 1 = durchgeführt / 9 = Missing
ab2kab	Byte	Kontaktaufnahme Betriebsarzt: 0 = nein / 1 = durchgeführt / 9 = Missing
ab2kag	Byte	Kontaktaufnahme Berufsgenossenschaft: 0 = nein / 1 = durchgeführt / 9 = Missing
ab2alb	Byte	Ausübung der letzten beruflichen Tätigkeit möglich: 1 = vollschichtig / 2 = halb- bis unter vollschichtig / 3 = 2 Std. bis unter halbschichtig / 4 = unter 2 Stunden / 9 = Missing
ab2kas	Byte	Körperliche Arbeitsschwere: 1=schwere / 2=mittelschwere / 3=leichte bis mittelschwere / 4=leichte / 9 = Missing
ab2ast	Byte	Arbeiten im Stehen: 1 = ständig / 2 = überwiegend / 3 = zeitweise/ 9 = Missing
ab2age	Byte	Arbeiten im Gehen: 1 = ständig / 2 = überwiegend / 3 = zeitweise/ 9 = Missing
ab2asi	Byte	Arbeiten im Sitzen: 1 = ständig / 2 = überwiegend / 3 = zeitweise/ 9 = Missing
ab2ats	Boolean	Arbeitsorganisation - Tagschicht
ab2afs	Boolean	Arbeitsorganisation - Früh-/Spätschicht
ab2ans	Boolean	Arbeitsorganisation - Nachtschicht
ab2esk	Boolean	keine wesentlichen Einschränkungen
ab2ess	Boolean	Sinnesorgane
ab2esg	Boolean	geistige/physische Belastbarkeit
ab2esp	Boolean	Bewegungs-/Haltungsapparat
ab2esf	Boolean	Gefährdungs- und Belastungsfaktoren
ab2aab	Byte	Ausübung einer Tätigkeit entsprechend dem o.a. Leistungsbild möglich: 1 = vollschichtig / 2 = halb- bis unter vollschichtig / 3 = 2 Std. bis unter halbschichtig / 4 = unter 2 Stunden / 9 = Missing
ab2ma	Byte	Motivation zur Arbeitsaufnahme 0 = keine-gering / 1 = vorhanden / 8 = unklar / 9 = Missing
ab2zvd	Byte	Zielerreichung Reha-Ziele: - Vervollständigung der Diagnostik (somat., funkt., psycho-soz.): 0 = nicht erreicht / 1 = teilw. erreicht / 2 = erreicht / 9 = Missing
ab2zki	Byte	- Verbesserung Krankheitsinformation: siehe ab2zvd
ab2zbb	Byte	- Verbesserung von Beschwerden: siehe ab2zvd
ab2zgn	Byte	- Gewichtsnormalisierung (Zu-/Abnahme): siehe ab2zvd
ab2zrv	Byte	- Verbesserung von Risikoverhalten/Verminderung von Abhängigkeitsproblematik: siehe ab2zvd
ab2zkv	Byte	- Verbesserung des krankheitsangemessenen Verhaltens: siehe ab2zvd
ab2zlf	Byte	- Verbesserung körperlicher Leistungsfähigkeit: siehe ab2zvd
ab2zve	Byte	- Verbesserung von vitaler Erschlöpfung/Streßbewältigung: siehe ab2zvd
ab2zda	Byte	- Verminderung von Depression und Ängstlichkeit: siehe ab2zvd
ab2zkb	Byte	- Verbesserung von Krankheitsbewältigung: siehe ab2zvd
ab2zsk	Byte	- Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle/Hilfsmittelbenutzung: siehe ab2zvd
ab2zaa	Byte	- Verbesserung der Alltagsaktivitäten (Haushalt/Freizeit): siehe ab2zvd
ab2zbi	Byte	- Verbesserung berufliche Integration: siehe ab2zvd
ab2zsi	Byte	- Verbesserung soziale Integration/Kompetenz: siehe ab2zvd
ab2zto	Byte	- Therapieoptimierung: siehe ab2zvd
ab2ztf	Byte	- Verminderung von Therapiefolgestörungen: siehe ab2zvd
ab2zsb	Byte	- Sozialmedizinische Begutachtung (BU/EU?): siehe ab2zvd

10.2.4 Tabelle: basisblatt_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Basisblatt" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
pb1gz	Byte	Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?: 4 = sehr gut / 3 = gut / 2 = zufriedenstellend / 1 = weniger gut / 0 = schlecht / 9 = Missing
pb1rr	Byte	Risiko-Faktoren: - Rauchen: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1rh	Byte	- zu hoher Blutdruck: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1rs	Byte	- zu viel Streß: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1ra	Byte	- Übergewicht: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1rb	Byte	- zu wenig Bewegung: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1rc	Byte	- zu hohes Cholesterin: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1sh	Byte	Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?: 0 = so gut wie nie / 1 = selten / 2 = ein paarmal im Monat / 3 = 2-3 mal pro Woche / 4 = fast täglich / 9 = Missing
pb1si	Byte	Und wie stark sind die Schmerzen?: 0 = habe keine Schmerzen / 1 = eher leicht / 2 = störend aber zu ertragen / 3 = gerade noch zu ertragen / 4 = unerträglich / 9 = Missing
pb1bg	Byte	Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben ...?: 0 = überhaupt nicht / 1 = ein wenig / 2 = ziemlich stark / 3 sehr stark / 9 = Missing

pb1ve	Byte	Wie häufig fühlten Sie sich in der letzten Zeit - völlig erschöpft: 0 = nie / 1 = manchmal / 2 = oft / 3 = immer / 9 = Missing
pb1ua	Byte	- unruhig und abgespannt: siehe pb1ve
pb1bl	Byte	- wie eine Batterie, die allmählich leer ist: siehe pb1ve
pb1ss	Byte	Wieviele Personen - einschl. Ihrer Familie - kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?: 0 = keine Person / 1 = eine Person / 2 = 2-3 Personen / 3 = mehr als 3 Personen / 9 = Missing
pb1wv	Byte	Wie häufig machen Sie sich Sorgen, daß Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft: - weniger verdienen: 0 = nie / 1 = manchmal / 2 = oft / 3 = immer / 9 = Missing
pb1al	Byte	- arbeitslos werden: siehe pb1wv
pb1vb	Byte	- vorzeitig berentet werden: siehe pb1wv
pb1phh	Byte	Wieviele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt: 99 = Missing
pb1p18	Byte	davon Personen unter 18 Jahren: 99 = Missing
pb1fs	Byte	Familienstand: 0 = ledig / 1 = verheiratet / 2 = geschieden / 3 = verwitwet / 9 = Missing
pb1ps	Byte	Leben Sie allein oder in einer festen Partnerschaft: 0 = lebe allein / 1 = lebe in einer festen Partnerschaft / 9 = Missing
pb1bs	Byte	In welcher berufl. Stellung sind Sie derzeit bzw. waren Sie besch.?: 0=Arbeiter / 1=Facharbeiter / 2=Arbeiter ltd. / 3=Angest. / 4= Angest. ltd. / 5=Beamter einf.o.mittl. D. / 6=Beamter im gehob.o.höh. D. / 7=Selbst. / 8=Sonst. / 9=n.berufst / 99=Missing
pb1bt	Byte	Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?: 0=voll berufst. / 1=teilw. berufst. / 2=in Berufsausb. / 3=arbeitslos / 4=altershalber Rente / 5=gesundh. vorz. Rente / 6=freiwillig vorz. Rente / 7=n. berufst. / 9=Missing
pb1az	Integer	Wieviele Stunden arbeiten Sie zur Zeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?: 999 = Missing
pb1alz	Byte	Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren arbeitslos?: 0 = nie / 1 = 1-6 Monate / 2=6-12 Monate / 3=länger als 12 Monate / 9 = Missing
pb1sb	Byte	Wurde bei Ihnen durch das Versorgungsamt eine Schwerbehinderung festgestellt?: 0 = nein / 1 = ja / 9 = Missing
pb1gdb	Integer	ja, und zwar um %: 999 = Missing
pb1a1	Byte	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Krankheit zu akzeptieren?: 0 = gar nicht / 1 = kaum / 2 = mäßig / 3 = stark / 4 = sehr stark / 9 = Missing
pb1u1	Byte	Fühlen Sie sich in Ihrem Leben durch Ihre Krankheit eingeschränkt?: siehe pb1a1
pb1u2	Byte	Wird Ihre Freizeit durch Ihre Krankheit beeinträchtigt?: siehe pb1a1
pb1u3	Byte	Haben Sie durch Ihre Krankheit Probleme bei der Arbeit (am Arbeitsplatz, beim Studium,...)?: siehe pb1a1
pb1u4	Byte	Fühlen Sie sich aufgrund Ihrer Krankheit in Ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt?: siehe pb1a1
pb1u5	Byte	Beeinträchtigt die Krankheit Ihre Partnerschaft oder Ihr Familienleben?: siehe pb1a1
pb1u6	Byte	Beeinträchtigt die Krankheit Ihre Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Kollegen?: siehe pb1a1
pb1u7	Byte	Fühlen Sie sich aufgrund der Krankheit weniger attraktiv für andere Menschen?: siehe pb1a1
pb1d1	Byte	Ist es Ihnen unangenehm, anderen Menschen mitzuteilen, dass Sie eine chronische Krankheit haben?: siehe pb1a1
pb1a2	Byte	Haben Sie Angst vor einer Verschlimmerung Ihrer Krankheit?: siehe pb1a1
pb1a3	Byte	Haben Sie wegen Ihrer Krankheit Angst vor der Zukunft?: siehe pb1a1
pb1a4	Byte	Beschäftigen Sie sich in Gedanken sehr oft mit Ihrer Krankheit?: siehe pb1a1
pb1d2	Byte	Haben Sie sich in der letzten Zeit niedergeschlagen und bedrückt gefühlt?: siehe pb1a1
pb1d3	Byte	Haben Sie in letzter Zeit an vielen Dingen das Interesse verloren?: siehe pb1a1
pb1d4	Byte	Hatten Sie in letzter Zeit den Gedanken, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?: siehe pb1a1
pb1su	Double	Skalenwert Umgang - errechneter Wert aus u1 bis u7 / missing = 99.9
pb1sa	Double	Skalenwert Angst - errechneter Wert aus a1 bis a4 / missing = 99.9
pb1sd	Double	Skalenwert Depression - errechneter Wert aus d1 bis d4 / missing = 99.9
pb1av	Byte	Haben Sie einmal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pb1ak	Byte	Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?: siehe pb1av
pb1as	Byte	Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?: siehe pb1av
pb1am	Byte	Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?: siehe pb1av
pb1bv	Byte	Wer hat diese Behandlung vorgeschlagen?: 0 = ich selbst / 1 = mein Hausarzt / 2 = das Krankenhaus / 3 = meine Krankenkasse / 4 = meine Rentenversicherung / 5 = andere / 8 = weiß ich nicht / 9 = Missing
pb1bm	Byte	Wann wurde diese Behandlung beantragt? - Monat: 99 = Missing
pb1bj	Integer	- Jahr: 9999 = Missing
pb1zr	Byte	Wie oft haben Sie (vor dieser Behandlung schon an einer Rehabilitation oder Kur teilgenommen?: 0 = noch nie / 99 = Missing
pb1au	Byte	unmittelbar vor dieser Behandlung war ich: 1 = krank geschrieben / 0 = nicht krank geschrieben / 9 = Missing
pb1wau	Byte	In den letzten 12 Monaten war ich etwa - Wochen krank geschrieben: 0 = nicht krankgeschrieben / 99 = Missing
pb1re	Byte	Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?: 0 = nein / 1 = ja, noch nicht entschieden / 2 = ja, abgelehnt
pb1zvd	Byte	Reha-Ziele: - Weiterführende Untersuchungen zu meiner Erkrankung: 0 = nicht wichtig - entfällt / 1 = eher wichtig / 2 = sehr wichtig / 9 = Missing
pb1zki	Byte	Ich möchte mehr über meine Erkrankung wissen: siehe pb1zvd
pb1zbb	Byte	Ich möchte eine Besserung meiner Beschwerden: siehe pb1zvd
pb1zgn	Byte	Ich möchte eine Änderung meines Körpergewichts erreichen: siehe pb1zvd

pb1zrv	Byte	Ich möchte Gesundheitsrisiken verringern, die bei mir vorliegen (...): siehe pb1zvd
pb1zkv	Byte	Ich möchte lernen, was ich selbst tun kann, um ein Fortschreiten meiner Erkrankung zu verhindern: siehe pb1zvd
pb1zlf	Byte	Ich möchte meine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern: siehe pb1zvd
pb1zve	Byte	Ich möchte wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Stress) besser fertig zu werden: siehe pb1zvd
pb1zda	Byte	Ich möchte weniger niedergeschlagen und ängstlich sein: siehe pb1zvd
pb1zkb	Byte	Ich möchte lernen mit meiner Erkrankung besser leben zu und umzugehen: siehe pb1zvd
pb1zsk	Byte	Ich möchte mehr über technische Hilfen (....) erfahren, um meine Erkrankung selbst besser in den Griff zu bekommen: siehe pb1zvd
pb1zaa	Byte	Ich möchte zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können: siehe pb1zvd
pb1zbi	Byte	Ich möchte Hilfen, um weiter oder wieder arbeiten zu können: siehe pb1zvd
pb1zsi	Byte	Ich möchte lernen, auch als Kranker wieder mehr Kontakt und besseren Umgang mit anderen zu haben: siehe pb1zvd
pb1zto	Byte	Ich möchte, dass die Behandlung meiner Krankheit verbessert wird: siehe pb1zvd
pb1ztf	Byte	Ich möchte eine Besserung unerwünschter Behandlungsfolgen (...): siehe pb1zvd
pb1zsb	Byte	Ich möchte geklärt haben, ob und was ich mit meiner Erkrankung arbeiten kann: siehe pb1zvd

10.2.5 Tabelle: basisblatt_patient_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Entlassung" des Moduls "Basisblatt" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahmenummer des Patienten
pb2gz	Byte	Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?: 4 = sehr gut / 3 = gut / 2 = zufriedenstellend / 1 = weniger gut / 0 = schlecht / 9 = Missing
pb2zvd	Byte	Reha-Ziele: - Weiterführende Untersuchungen zu meiner Erkrankung: 0 = nicht erreicht / 1 = teilweise erreicht / 2 = erreicht / 9 = Missing
pb2zki	Byte	Ich möchte mehr über meine Erkrankung wissen: siehe pb2zvd
pb2zbb	Byte	Ich möchte eine Besserung meiner Beschwerden: siehe pb2zvd
pb2zgn	Byte	Ich möchte eine Änderung meines Körpergewichts erreichen: siehe pb2zvd
pb2zrv	Byte	Ich möchte Gesundheitsrisiken verringern, die bei mir vorliegen (...): siehe pb2zvd
pb2zkv	Byte	Ich möchte lernen, was ich selbst tun kann, um ein Fortschreiten meiner Erkrankung zu verhindern: siehe pb2zvd
pb2zlf	Byte	Ich möchte meine körperliche Leistungsfähigkeit verbessern: siehe pb2zvd
pb2zve	Byte	Ich möchte wieder Kraft auftanken, um mit Belastungen (Stress) besser fertig zu werden: siehe pb2zvd
pb2zda	Byte	Ich möchte weniger niedergeschlagen und ängstlich sein: siehe pb2zvd
pb2zkb	Byte	Ich möchte lernen mit meiner Erkrankung besser leben zu und umzugehen: siehe pb2zvd
pb2zsk	Byte	Ich möchte mehr über technische Hilfen (....) erfahren, um meine Erkrankung selbst besser in den Griff zu bekommen: siehe pb2zvd
pb2zaa	Byte	Ich möchte zu Hause und in der Freizeit aktiver sein können: siehe pb2zvd
pb2zbi	Byte	Ich möchte Hilfen, um weiter oder wieder arbeiten zu können: siehe pb2zvd
pb2zsi	Byte	Ich möchte lernen, auch als Kranker wieder mehr Kontakt und besseren Umgang mit anderen zu haben: siehe pb2zvd
pb2zto	Byte	Ich möchte, dass die Behandlung meiner Krankheit verbessert wird: siehe pb2zvd
pb2ztf	Byte	Ich möchte eine Besserung unerwünschter Behandlungsfolgen (...): siehe pb2zvd
pb2zsb	Byte	Ich möchte geklärt haben, ob und was ich mit meiner Erkrankung arbeiten kann: siehe pb2zvd

10.2.6 Tabelle: benutzer_nummer

In dieser Tabelle werden die für Megaredo registrierten Benutzer gespeichert. Für jeden normalen Benutzer muss hier ein Eintrag vorhanden sein, damit ihm eine gültige Benutzer-Nummer zugeordnet werden kann. Da die Benutzernummern bestimmten Bedingungen genügen müssen sollte auf eine direkte Manipulation dieser Tabelle verzichtet und stattdessen die Benutzer-Verwaltung von Megaredo benutzt werden.

Diese Tabelle ist neu in der Version 2.0 !

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts

aufn_nr	Integer	Benutzernummer
pb2gz	Char(32)	Benutzername

10.2.7 Tabelle: diabetes_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Diabetes" gespeichert.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

- Feld "ad1aah" (ADDK- Antihypertensiva bei Aufnahme) war bei Version 1.5 bereits vorhanden aber nicht dokumentiert.

Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
ad1ja	Integer	Jahr der Diagnose Diabetes mellitus: 9999 = Missing
ad1dt	Byte	Diabetes Typ: 1 = Typ 1 / 2 = Typ 2 / 3 = pankreopriv / 8 = sonstige-unklar / 9 = Missing
ad1fg	Byte	Fallgruppe DDG: 1=Typ 1 zur Einst. / 2=Typ 2 zur Einst. / 3=Pankreopriv Diab. / 4=Diabet. Fußsyndrom / 5=Diab. mit Komplikationen / 6=Dialysepflichtige Niereninsuff. / 7=Diab. mit Schwangerschaft / 8=Diab. bei Kindern / 9=Diab. mit Komplik. u. Multimorb.
ad1sh	Boolean	Bisherige Behandlung: -orale Antidiabetika: - Sulfonylharnstoffe
ad1shj	Integer	- erstmals im Jahr: 9999 = Missing
ad1bg	Boolean	- Biguanide
ad1bgj	Integer	- erstmals im Jahr: 9999 = Missing
ad1gi	Boolean	- Glukosidase-Inhibitoren
ad1gij	Integer	- erstmals im Jahr: 9999 = Missing
ad1in	Boolean	- Insulin
ad1inj	Integer	- erstmals im Jahr: 9999 = Missing
ad1int	Byte	- Insulin-Injektionen / Tag
ad1ind	Boolean	- Selbständige Dosisanpassung
ad1inp	Boolean	- Insulinpumpe
ad1bb	Byte	- 0 = keine / 1 = nur Diät / 8 = unklar / 9 = Missing
ad1fht	Boolean	Bekannte Folgeschäden und Begleitkrankheiten: - Hypertonus
ad1fhi	Boolean	- Herzinsuffizienz
ad1fkh	Boolean	- koronare Herzkrankheit
ad1fdl	Boolean	- Dyslipidämie
ad1fnp	Boolean	- Nephropathie
ad1fne	Boolean	- Neuropathie
ad1fav	Boolean	- periphere AVK
ad1frp	Boolean	- Retinopathie
ad1fed	Boolean	- erektile Dysfunktion
ad1fdf	Boolean	- diabetischer Fuß
ad1fso	Boolean	- Sonstiges
ad1aah	Byte	ADDK- Antihypertensiva bei Aufnahme

10.2.8 Tabelle: diabetes_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung" des Moduls "Diabetes" gespeichert.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

- Felder "ad2ahy" bis "ad2ai" (ADDK) waren in Version 1.5 bereits in der Tabelle vorhanden aber nicht dokumentiert.

Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
ad2ras	Integer	Blutdruck (Mittelwert 2. Tag) mm Hg - systolischer Wert: 999 = Missing
ad2rad	Integer	Blutdruck (Mittelwert 2. Tag) mm Hg - diastolischer Wert: 999 = Missing
ad2res	Integer	Blutdruck (Mittelwert vorletzter Tag) mm Hg - systolischer Wert: 999 = Missing
ad2red	Integer	Blutdruck (Mittelwert vorletzter Tag) mm Hg - diastolischer Wert: 999 = Missing

ad2nza	Integer	Nüchternblutzucker (2. Tag) mg/dl: 999 = Missing
ad2nze	Integer	Nüchternblutzucker (vorletzter Tag) mg/dl: 999 = Missing
ad2hba	Double	HbA1c bei Aufnahme %: 999 = Missing
ad2hbe	Double	HbA1c bei Entlassung %: 999 = Missing
ad2alb	Integer	Mikroalbuminurie mg/dl: 999 = Missing
ad2pro	Integer	Proteinurie mg/24 Std.: 9999 = Missing
ad2kre	Double	Serum-Kreatinin mg/dl: 99,9 = Missing
ad2cha	Integer	Gesamt-Cholesterin bei Aufnahme mg/dl: 9999 = Missing
ad2che	Integer	Gesamt-Cholesterin bei Entlassung mg/dl: 9999 = Missing
ad2hda	Integer	HDL-Cholesterin bei Aufnahme mg/dl: 999 = Missing
ad2hde	Integer	HDL-Cholesterin bei Entlassung mg/dl: 999 = Missing
ad2tga	Integer	Triglyceride bei Aufnahme mg/dl: 9999 = Missing
ad2tge	Integer	Triglyceride bei Entlassung mg/dl: 9999 = Missing
ad2brp	Byte	Untersuchungsbefunde und Probleme: - Retinopathie: 1 = ja / 0 = nein / 8 = unklar / 9 = Missing
ad2bpk	Byte	- Photokoagulantien in den letzten 12 Monaten: 1 = ja / 0 = nein / 8 = unklar / 9 = Missing
ad2bfv	Byte	- Füße normales Vibrationsempfinden: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2bfs	Byte	- Füße normales Schmerzempfinden: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2bpr	Byte	- Fußpulse tastbar - rechts: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2bpl	Byte	- Fußpulse tastbar - links: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2bur	Byte	- Ulkus/Gangrän akut - Fuß rechts: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2bul	Byte	- Ulkus/Gangrän akut - Fuß links: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2bar	Byte	- Ulkus/Gangrän abgeheilt - Fuß rechts: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2bal	Byte	- Ulkus/Gangrän abgeheilt - Fuß links: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2bbd	Byte	- Bypass/Dilatation der Beinarterien: 1 = ja / 0 = nein / 8 = unklar / 9 = Missing
ad2bap	Byte	- Durchgeführte Amputation: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2ban	Byte	- Autonome Neuropathie-Diagnostik: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
ad2bed	Byte	- Erektile Dysfunktion: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2bgh	Byte	- Gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung: 1 = ja / 0 = nein / 8 = fraglich / 9 = Missing
ad2se	Boolean	Teilnahme an Schulungen über: - Ernährung
ad2ss	Boolean	- Selbstkontrolle
ad2su	Boolean	- Unterzuckerung
ad2si	Boolean	- Insulintherapie
ad2st	Boolean	- Therapieanpassung
ad2sf	Boolean	- Folgeschäden
ad2sd	Boolean	- diabetischer Fuß
ad2sx	Boolean	- Sexualstörungen und Schwangerschaft
ad2sb	Boolean	- berufliche und soziale Probleme
ad2sk	Boolean	- Krankheitsbewältigung
ad2ed	Boolean	Behandlung bei Entlassung: - nur Diät
ad2em	Byte	1 = Sulfonylharnstoffe / 2 = Biguanide / 3 = Glukosidase-Inhibitoren / 4 = Sonstiges / 9 = Missing
ad2ei	Boolean	Insulin
ad2eit	Byte	Insulin-Injektionen/Tag
ad2eip	Boolean	Insulinpumpe
ad2eid	Boolean	Selbständige Dosisanpassung
ad2eht	Boolean	Zusätzliche Behandlung wegen: - Hypertonus
ad2ehi	Boolean	- Herzinsuffizienz
ad2ekh	Boolean	- koronare Herzkrankheit
ad2edl	Boolean	- Dyslipidämie
ad2enp	Boolean	- Nephropathie
ad2ene	Boolean	- Neuropathie
ad2erp	Boolean	- Retinopathie
ad2enu	Boolean	- neuropathisches Ulkus
ad2eso	Boolean	- Sonstiges
ad2ahy	Boolean	ADDK - Hypoglykämieangst/Hypovermeidung
ad2asa	Boolean	ADDK - Schlafapnoe
ad2air	Boolean	ADDK - Insulinresistenz
ad2agb	Boolean	ADDK - Gehbehindert
ad2abe	Boolean	ADDK - Beeinträchtigung durch Medikamente
ad2abl	Boolean	ADDK - Bettlägrig
ad2aan	Boolean	ADDK - Auton. Neuropathie
ad2aep	Boolean	ADDK - erhöhter Pflegeaufwand
ad2adf	Text(32)	ADDK - Diabetischer Fuß (Wagner/Amstrong)
ad2aah	Integer	ADDK - Antihypertensiva bei Entlassung
ad2aid	Integer	ADDK - ID

10.2.9 Tabelle: diabetes_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Diabetes" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
pd1bzw	Integer	Blutzuckermessungen pro Woche: 99 = Missing
pd1hzw	Integer	Harnzuckermessungen pro Woche: 99 = Missing
pd1sg	Byte	Haben Sie bereits an einer Diabetes-Schulung in einer Gruppe mit anderen Patienten teilgenommen?: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pd1sgz	Integer	wenn ja, Anzahl der Schulungen: 99 = Missing
pd1sgj	Integer	zuletzt im Jahr: 9999 = Missing
pd1kht	Integer	Wieviele Tage waren Sie während der vergangenen 12 Monate im Krankenhaus?: 0 = nein / 999 = Missing
pd1aut	Integer	Wieviele Tage waren Sie in den letzten Monaten, zusätzlich zu den Krankenhaustagen, krank arbeitsunfähig zu Hause?: 0 = nein / 999 = Missing
pd1uzz	Integer	Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten, eine schwere Unterzuckerung, bei der Sie fremde Hilfe benötigt haben?: 99 = Missing
pd1koz	Integer	Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus wegen eines Komas durch übermäßig hohe Blutzuckerwerte?: 99 = Missing
pd1dfz	Byte	Waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus wegen eines diabetischen Fußgeschwürs?: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing
pd1dft	Integer	wenn ja, etwa Tage: 999 = Missing
pd1sh	Byte	Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfeorganisation (z.B. Diabetikerbund)?: 1 = ja / 0 = nein / 9 = Missing

10.2.10 Tabelle: essen_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Adipositas (Essstörungen)" gespeichert.

Die Tabelle ist neu in Version 2.0!

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
pe1adi	Byte	Sind Sie übergewichtig? 1 = ja / 0 = nein / 9 = missing
pe1fni	Byte	Sind oder waren in Ihrer Familie noch andere Personen übergewichtig? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pe1fva	Boolean	Wenn ja (fni = 1): Vater Y = ja / N = nein
pe1fmu	Boolean	siehe fva: Mutter
pe1fge	Boolean	siehe fva: Geschwister
pe1fpa	Boolean	siehe fva: Partner
pe1fki	Boolean	siehe fva: Kinder
pe1gse	Byte	Seit welchem Lebensjahr sind Sie übergewichtig? 0 = 1-10 / 1 = 11-20 / 2 = 21-40 / 3 = nach 40 / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pe1gma	Integer	Mein höchstes Gewicht war (in ganzen kg) / 999 = missing
pe1gja	Integer	siehe pe1gma: Im Jahr... / 9999 = missing
pe1uve	Boolean	Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Gründe für Ihr Übergewicht?: Vererbung Y = ja / N = nein
pe1uer	Boolean	siehe pe1uve: Erziehung
pe1udi	Boolean	siehe pe1uve: Diäten
pe1ubg	Boolean	siehe pe1uve: Mangel an Bewegung
pe1ues	Boolean	siehe pe1uve: Zu viel / falsches Essen und Trinken
pe1ugr	Boolean	siehe pe1uve: Verführung durch andere (Gruppenzwang)
pe1ume	Boolean	siehe pe1uve: Einnahme von Medikamenten
pe1ust	Boolean	siehe pe1uve: Seelische Belastungen
pe1usc	Boolean	siehe pe1uve: Schwangerschaft oder Wechseljahre
pe1ura	Boolean	siehe pe1uve: Rauchen aufgegeben
pe1uen	Boolean	siehe pe1uve: Essen beruhigt und entspannt
pe1ube	Boolean	siehe pe1uve: Beruflicher Umgang mit Essen
pe1zma	Byte	Wann nehmen Sie die größte Nahrungsmenge ein? 1 = morgens / 2 = mittags / 3 = abends / 4 = nachts / 8 = zu versch. Zeiten / 9 = missing
pe1gwu	Integer	Persönliches Wunschgewicht (ganze kg), 999 = missing
pe1zja	Integer	Was möchten Sie in einem Jahr wiegen? (ganze kg) 999 = missing
pe1anz	Byte	Wie viele Versuche haben Sie schon unternommen, um Gewicht zu verlieren? 0 = keinen / 1 = 1 bis 3 / 2 = 4 bis 6 / 3 = mehr als 6 / 9 = missing
pe1tdi	Boolean	Bewusst abgenommen, welche Methoden?: Blitz-Diäten, "FdH", Trennkost, Atkins-Diät, Schroth-Kur usw.

pe1tnu	Boolean	siehe pe1tdi: Nulldiät / Heilfasten
pe1tfo	Boolean	siehe pe1tdi: Spezialnahrung (z.B. Slimfast, BioNorm usw.)
pe1tfe	Boolean	siehe pe1tdi: Ernährungsumstellung (z.B. Einschränkung von Fett)
pe1tme	Boolean	siehe pe1tdi: Medikamente (Appetitzügler, Abführmittel ...)
pe1tsp	Boolean	siehe pe1tdi: mehr Bewegung
pe1tbe	Boolean	siehe pe1tdi: Ernährungsberatung
pe1tgr	Boolean	siehe pe1tdi: Gruppe (z.B. Weight Watchers, Selbsthilfe ...)
pe1tps	Boolean	siehe pe1tdi: Psychotherapie
pe1tre	Boolean	siehe pe1tdi: stationäre Rehabilitation
pe1bwo	Byte	Wie stark belastet das Übergew. das allgem. Wohlbefinden? 0 = gar nicht / 1 = wenig / 2 = stark / 3 = sehr stark / 9 = missing
pe1mot	Byte	Wie wichtig ist es Ihnen, abzunehmen? 0 = gar nicht / 1 = wenig / 2 = etwas / 3 = sehr / 9 = missing
pe1ges	Boolean	Welche Veränderungen soll Gew.-Abnahme bringen?: eine bessere Gesundheit
pe1ss	Boolean	siehe pe1ges: mehr Selbstsicherheit und weniger Hemmungen
pe1an	Boolean	siehe pe1ges: dass mein Ansehen steigt
pe1bew	Boolean	siehe pe1ges: mehr Beweglichkeit
pe1ber	Boolean	siehe pe1ges: bessere Chancen im Beruf
pe1lqu	Boolean	siehe pe1ges: mehr Lebensqualität
pe1aus	Boolean	siehe pe1ges: dass ich besser aussehe
pe1nul	Boolean	siehe pe1ges: ich verspreche mir keine Vorteile vom Abnehmen
pe1bul	Byte	Heißhungeranfall? 0 = nein / 1 = ja / 9 = missing
pe1bem	Byte	siehe pe1bul: Wann zum ersten mal? 0 = noch nie / 1 = weniger als 1 Monat / 2 = bis zu 1 Jahr / 3 = mehr als 1 Jahr / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pe1bfr	Byte	siehe pe1bul: Wie häufig? 0 = nie / 1 = bis zu 1mal pro Woche / 2 = mehr als 1mal pro Woche / 9 = missing
pe1bko	Byte	siehe pe1bul: Gefühl des Kontrollverlusts? 0 = nie / 1 = selten / 2 = ab und zu / 3 = häufig / 4 = meistens / 5 = immer / 9 = missing
pe1bbe	Byte	siehe pe1bul: Wie stark belastet Sie das Gefühl des Kontrollverlustes? 0 = überhaupt nicht / 1 = recht wenig / 2 = etwas / 3 = ziemlich stark / 4 = sehr stark / 5 = unerträglich stark / 9 = missing
pe1cal	Byte	siehe pe1bul: Kalorienmenge bei Heißhungeranfall (geschätzt in kcal)? 1 = unter 1000 / 2 = 1000 bis 4000 / 3 = 4000 bis 7000 / 4 = über 7000 / 9 = missing
pe1svw	Byte	siehe pe1bul: Leiden Sie nach HH-Anfall an Selbstvorwürfen, Schamgefühl? 0 = nein / 1 = ja / 9 = missing
pe1erb	Byte	Kommt es vor, dass Sie absichtlich erbrechen? 0 = nein / 1 = ja / 9 = missing

10.2.11 Tabelle: institut

Diese Tabelle enthält eine Beschreibung des Instituts. Sie enthält in der Regel nur einen einzigen Datensatz.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

- Das Feld "institut_nr_addk" war in Version 1.5 bereits in der Tabelle vorhanden aber nicht dokumentiert.
- Das Feld "ansprechpartner2" hieß in Version 1.5 aufgrund eines Schreibfehlers noch "anpsprechpartner2".

Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts bzw. der Klinik
institut_name1	Text(128)	Name der Klinik
institut_name2	Text(128)	Weiterer Name der Klinik
institut_strasse	Text(128)	Straße und Hausnummer der Klinik
institut_post	Text(64)	Postfach der Klinik, falls vorhanden
institut_plz_hausanschrift	Integer	PLZ-Hausanschrift der Klinik
institut_plz_postanschrift	Integer	PLZ-Postanschrift der Klinik
institut_ort	Text(64)	Ort der Klinik
institut_ansprechpartner1	Text(128)	Name des Ansprechpartners in der Klinik
institut_ansprechpartner2	Text(128)	Name eines weiteren Ansprechpartners in der Klinik
institut_nr_addk	Integer	ADDK-Id

10.2.12 Tabelle: kostentraeger_stamm

Zuordnung von Kostenträger-Schlüssel zu Kostenträgern.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
kostentraeger_schl	Integer	Identifikationsnummer des Kostenträgers
kostentraeger_text	Text(64)	Textuelle Bezeichnung des Kostenträgers
aenderbar	Integer	Kostenträger kann editiert werden: 0=nein, 1=ja

10.2.13 Tabelle: laborwerte_umrechnung

Laborwerte-Umrechnung. Diese Tabelle enthält üblicherweise nur einen einzigen Datensatz. Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
nbz_mittelwert_f	Double	Blutzucker Normal - Mittelwert - Frauen
nbz_standardabweichung_f	Double	Blutzucker Normal - Standardabweichung - Frauen
hba1_mittelwert_f	Double	HbA1c - Mittelwert - Frauen
hba1_standardabweichung_f	Double	HbA1c - Standardabweichung - Frauen
krea_mittelwert_f	Double	Serum - Kreatinin - Mittelwert - Frauen
krea_standardabweichung_f	Double	Serum - Kreatinin - Standardabweichung - Frauen
chol_mittelwert_f	Double	Gesamt Cholesterin - Mittelwert - Frauen
chol_standardabweichung_f	Double	Gesamt Cholesterin - Standardabweichung - Frauen
hdl_mittelwert_f	Double	HDL-Cholesterin - Mittelwert - Frauen
hdl_standardabweichung_f	Double	HDL-Cholesterin - Standardabweichung - Frauen
trig_mittelwert_f	Double	Triglyceride - Mittelwert - Frauen
trig_standardabweichung_f	Double	Triglyceride - Standardabweichung - Frauen
hb_mittelwert_f	Double	Hämoglobin - Mittelwert - Frauen
hb_standardabweichung_f	Double	Hämoglobin - Standardabweichung - Frauen
quick_mittelwert_f	Double	Quick - Mittelwert - Frauen
quick_standardabweichung_f	Double	Quick - Standardabweichung - Frauen
bili_mittelwert_f	Double	Bilirubin gesamt - Mittelwert - Frauen
bili_standardabweichung_f	Double	Bilirubin gesamt - Standardabweichung - Frauen
albumin_mittelwert_f	Double	Albumin rel. Mittelwert - Frauen
albumin_standardabweichung_f	Double	Albumin rel. Standardabweichung - Frauen
eiweiß_mittelwert_f	Double	Ges.-Eiweiß - Mittelwert - Frauen
eiweiß_standardabweichung_f	Double	Ges.-Eiweiß - Standardabweichung - Frauen
nbz_mittelwert_m	Double	Blutzucker Normal - Mittelwert - Männer
nbz_standardabweichung_m	Double	Blutzucker Normal - Standardabweichung - Männer
hba1_mittelwert_m	Double	HbA1c - Mittelwert - Männer
hba1_standardabweichung_m	Double	HbA1c - Standardabweichung - Männer
krea_mittelwert_m	Double	Serum - Kreatinin - Mittelwert - Männer
krea_standardabweichung_m	Double	Serum - Kreatinin - Standardabweichung - Männer
chol_mittelwert_m	Double	Gesamt Cholesterin - Mittelwert - Männer
chol_standardabweichung_m	Double	Gesamt Cholesterin - Standardabweichung - Männer
hdl_mittelwert_m	Double	HDL-Cholesterin - Mittelwert - Männer
hdl_standardabweichung_m	Double	HDL-Cholesterin - Standardabweichung - Männer
trig_mittelwert_m	Double	Triglyceride - Mittelwert - Männer
trig_standardabweichung_m	Double	Triglyceride - Standardabweichung - Männer
hb_mittelwert_m	Double	Hämoglobin - Mittelwert - Männer
hb_standardabweichung_m	Double	Hämoglobin - Standardabweichung - Männer
quick_mittelwert_m	Double	Quick - Mittelwert - Männer
quick_standardabweichung_m	Double	Quick - Standardabweichung - Männer
bili_mittelwert_m	Double	Bilirubin gesamt - Mittelwert - Männer
bili_standardabweichung_m	Double	Bilirubin gesamt - Standardabweichung - Männer
albumin_mittelwert_m	Double	Albumin rel. Mittelwert - Männer
albumin_standardabweichung_m	Double	Albumin rel. Standardabweichung - Männer
eiweiß_mittelwert_m	Double	Ges.-Eiweiß - Mittelwert - Männer
eiweiß_standardabweichung_m	Double	Ges.-Eiweiß - Standardabweichung - Männer

10.2.14 Tabelle: leber_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Leber" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
al1luv	Byte	Leber: Als führende Ursache wird angenommen: - Virus: 0 = nein / 1 = Virus B / 2 = Virus C / 7 = Andere / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lua	Byte	- Alkohol: 0 = nein / 1 = Verdacht / 2 = sicher / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lus	Byte	- Sonstiges: 1 = PBC / 2 = PSC / 3 = autoimm. / 4 = FE / 7 = sonst. (z.B. tox.) / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lhj	Integer	Letzter bekannter histologischer Organzustand aus dem Jahre: 9999 = Missing
al1lhb	Byte	- 0 = nichts bekannt / 1 = unspez. Zellschaden / 2 = Entz. o. Fibrose / 3 = Entz. mit Fibrose / 4 = Zirrhose / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lvb	Byte	Varizen bekannt: 0 = nein / 1 = ja o. bisher Blutung / 2 = ja mit bisher Blutung / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lvs	Byte	Sklerosierung/Ligatur erfolgt: 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lvo	Byte	Letzte Voroperation: 0 = keine / 1 = endoskop (z.B. Tips) / 2 = Shunt-Op. / 3 = LTX / 7 = sonst. / 8 = unklar / 9 = Missing
al1lvj	Integer	Die letzte Operation erfolgte im Jahr: 9999 = Missing
al1pu	Byte	Pankreas: - Als führende Ursache gilt: 1 = Aethyl / 2 = biliär / 7 = sonst. / 8 = unklar / 9 = Missing
al1pvo	Byte	Letzte Voroperation: 0 = keine / 1 = endoskop. / 2 = Drainage / 3 = Resektion mit Duod. passage / 4 = Resektion ohne Duod. passage / 8 = unklar / 9 = Missing
al1pvj	Integer	Die letzte Operation erfolgte im Jahr: 9999 = Missing
al1pz	Byte	Es besteht mindestens eine Pseudozyste: 0 = nein / 1 = ja <5 cm Durchm. / 2 = ja >5 cm Durchm. / 8 = unklar / 9 = Missing
al1pn	Byte	Endokrine Insuffizienz 1 = ja / 0 = nein / 8 = unklar / 7 nicht untersucht / 9 = Missing
al1px	Byte	Exokrine Insuffizienz 0 = kein Hinweis / 1 = möglich/Grau-Bereich / 2 = sicher / 8 = unklar / 7 = nicht untersucht / 9 = Missing
al1pg	Integer	Gewicht vor 1 Jahr: 999 = Missing / 888 = unklar
al1gu	Byte	Gallenwege: - Wahrscheinliche Ursache: -Steinleiden: 0 = nein / 1 = ja, anamnestisch / 2 = ja, in situ Blase / 3 = ja, in situ Wege / 8 = unklar / 9 = Missing
al1gc	Byte	- Cholestase: 0 = nein / 1 = ja, anamnestisch / 2 = ja, aktuell / 8 = unklar / 9 = Missing
al1gvo	Byte	Letzte Voroperation: 0 = keine / 1 = Zystektomie lap. / 2 = Zystektomie offen / 3 = Gallenwegs Op. endoskop. (PC Stent) / 4 = Gallenwegs Op. offen / 8 = unklar / 9 = Missing
al1gvj	Integer	Letzte Operation erfolgte im Jahr: 9999 = Missing

10.2.15 Tabelle: leber_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung" des Moduls "Leber" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
al2ap	Byte	Patient hält Alkoholkonsum für ein Problem: 0 = nein / 1 = früher / 2 = aktuell / 8 = unklar / 9 = Missing
al2at	Byte	Team hält Alkoholkonsum des Patienten für ein Problem: 0 = nein / 1 = früher / 2 = aktuell / 8 = unklar / 9 = Missing
al2ad	Byte	Hinweise Dritter für ein Alkoholproblem des Patienten: 0 = nein / 1 = früher / 2 = aktuell / 8 = unklar / 9 = Missing
al2sle	Byte	Krankheitsbezogene Beratung/Schulung: - Leber: 1 = Einzel > 10 min. / 2 = Gruppe / 3 = beides / 7 = abgelehnt / 8 = entfällt / 9 = Missing
al2spa	Byte	- Pankreas: siehe al2sle
al2ssu	Byte	- Sucht: siehe al2sle

al2ssc	Byte	- Schmerz: siehe al2sle
al2sdi	Byte	- Diätetik: siehe al2sle
al2ssz	Byte	- Sozial: siehe al2sle
al2sso	Byte	- Sonstiges: siehe al2sle
al2tia	Byte	Relevante indikationsbezogene medikamentöse Therapie: -immunsuppressiv/antiviral : 0 = nein / 1 = neu / 2 = fortgeführt / 3 = geändert / 4 = abgesetzt / 7 = abgelehnt / 9 = Missing
al2tsv	Byte	- Substitution, Vitamine, Elektrolyte: siehe al2tia
al2tdi	Byte	- Diuretika: siehe al2tia
al2ten	Byte	- Enzyme: siehe al2tia
al2tan	Byte	- Analgetica: siehe al2tia
al2tga	Byte	- Gallensäuren: siehe al2tia
al2tso	Byte	- Sonstige: siehe al2tia
al2he	Byte	Organ-Funktion: -Enzephalopathie: 0 = nein / 1 = latent (LHE) / 2 = manifest Grad 1-2 / 3 = manifest Grad 3-4 / 9 = Missing
al2as	Byte	- Aszites: 0 = kein / 1 = gering / 2 = mäßig Saluretika / 3 = stark / 9 = Missing
al2qu	Integer	Labor bei Aufnahme: Quick %: 999 = Missing
al2bi	Float	Bili ges. mg/dl: 99,9 = Missing
al2al	Float	Albumin rel. % : 99,9 = Missing
al2ge	Float	Gesamt-Eiweiß g/l: 99,9 = Missing
al2sc	Byte	Schmerzen während Reha: 0 = keine / 1 = geringer wie vor / 2 = gleich / 3 = mehr wie vor / 8 = unklar / 9 = Missing
al2ep	Byte	Exokrine Pankreasinsuffizienz: 0 = keine / 1 = fraglich / 2 = sicher / 6 = nicht untersucht / 7 = abgelehnt / 9 = Missing
al2bs	Byte	Ergebnisse der morphologischen Diagnostik im Vergleich zum Vorbefund: - Sonographie: 0 = nicht untersucht / 1 = verschlechtert / 2 = unverändert / 3 = verbessert / 8 = unklar / 6 = kein Vorbefund / 7 = abgelehnt / 9 = Missing
al2br	Byte	- RÖ.-Oberbauch (kalk), PTC: siehe al2bs
al2be	Byte	- ERCP, ÖGD: siehe al2bs
al2bl	Byte	- Leberhistologie (Lap/Fein): siehe al2bs
al2bo	Byte	- Sonstige (CT, Szinti, Endoskopie): siehe al2bs

10.2.16 Tabelle: mini_ires_prozentrangwerte

Diese Tabelle war in Version 1.5 bereits vorhanden aber nicht dokumentiert.

Sie enthält die Umrechnungstabellen zwischen den berechneten Score-Werten und den sich daraus ergebenden Prozentrangwerten. Üblicherweise enthält sie 10 (zehn) Datensätze, die die Schwellen für die Prozentränge von 0 bis 100 (in 10%-Schritten) angeben.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nummer
prozentrang	Byte	Prozentrangwert (0 bis 100)
diabetes	Float	Schwellwert bei Diabetes
tumor	Float	Schwellwert bei Tumor
andere	Float	Schwellwert bei Andere

10.2.17 Tabelle: oberer_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Oberer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
ao1opo	Byte	Operation an Ösophagus und Magen: - Ösophagusresektion 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1opf	Byte	- Fundoplikatio: siehe ao1opo
ao1opu	Byte	- Ulcusübernährung: siehe ao1opo
ao1op1	Byte	- BI-Resektion: siehe ao1opo
ao1op2	Byte	- BII-Resektion: siehe ao1opo
ao1opy	Byte	- Resektion mit Y-Roux: siehe ao1opo
ao1ops	Byte	- Sonstige Operationen: siehe ao1opo
ao1lom	Byte	Wann erfolgte die letzte Operation - Monat: 99 = Missing
ao1loj	Integer	- Jahr: 9999 = Missing

ao1vfd	Byte	Welche Erkrankungen sind bereits bekannt ...: Funktionelle Dysphagie: 0 = nein / 1 = klinisch / 3 = Manometrie / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vre	Byte	Refluxkrankheit: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = durch Endoskopie / 3 = durch pH-Metrie / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vuv	Byte	Ulcus ventriculi: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = durch Endoskopie / 3 = durch Röntgen / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vud	Byte	Ulcus duodeni: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = durch Endoskopie / 3 = durch Röntgen / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vub	Byte	Ulkusblutung/-perforation: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = durch Endoskopie / 3 = durch Röntgen / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vga	Byte	A-Gastritis: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = histologisch / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vgb	Byte	B-Gastritis: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = histologisch / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vgc	Byte	C-Gastritis: 0 = nein / 1 = klinisch / 2 = histologisch / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vhp	Byte	Helicobakter-Status bei Aufnahme lt. Vorbefund/Aangabe: 1 = positiv / 0 = negativ / 7 = nicht untersucht / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1ve	Byte	Eradikation: 1 = erfolgt / 0 = nicht erfolgt / 8 = unklar / 9 = Missing
ao1vee	Byte	Ergebnis: 1 = eradiziert / 0 = nicht eradiziert / 8 = nicht kontrolliert-unklar / 9 = Missing
ao1vfo	Byte	Wurde schon einmal der Verdacht auf funktionelle Oberbauchbeschwerden geäußert?: 1 = ja / 0 = nein / 8 = unklar / 9 = Missing

10.2.18 Tabelle: oberer_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung" des Moduls "Oberer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
ao2ob	Byte	Obere Endoskopie: 0 = unauffälliger Befund / 7 = nicht durchgeführt / 6 = von Patient abgelehnt / 9 = Missing
ao2er	Byte	Morphologische Befunde: - Refluxösophagitis: 1 = ja / 9 = Missing
ao2erg	Byte	- Grad nach Savary Miller (1 - 4): 9=Missing
ao2eb	Byte	- Barrett-Ösophagus: 1 = ja / 9 = Missing
ao2ebl	Byte	- Längenausdehnung in cm: 99 = Missing
ao2em	Byte	- sonstige Ösophagitis (Mykose, Verätzung, ungekl. Atiologie): 1 = ja / 9 = Missing
ao2es	Byte	- Stenose: siehe ao2em
ao2esr	Byte	- Speiseretention: siehe ao2em
ao2eau	Byte	- Anastomosenulcus: siehe ao2em
ao2euv	Byte	- Ulcus ventriculi, floride: siehe ao2em
ao2eud	Byte	- Ulcus duodeni, floride: siehe ao2em
ao2enb	Byte	- Narbenbulbus: siehe ao2em
ao2eso	Byte	- sonstige path. Befunde (z.B. Erosionen/Divertikel/Hiatushernie): siehe ao2em
ao2hpu	Byte	Helicobakter pylori: - Urease-Test: 1 = positiv / 0 = negativ / 8 = nicht untersucht / 9 = Missing
ao2hph	Byte	- Histologie: siehe ao2hpu
ao2dpo	Byte	Spezielle Diagnostik: - pH-Metrie Ösophagus: 0 = nicht durchgeführt / 1 = o.B. / 2 = path. Befund / 6 = abgelehnt / 9 = Missing
ao2dpm	Byte	- pH-Metrie (Rest-)Magen: siehe ao2dpo
ao2dmo	Byte	- Ösophagus-Manometrie: siehe ao2dpo
ao2dme	Byte	- Magenentleerung: siehe ao2dpo
ao2drm	Byte	- Röntgen (Magen-Darm-Passage): siehe ao2dpo
ao2dca	Byte	- Urease-C13-Atemtest: siehe ao2dpo
ao2dso	Byte	- sonstige (Dumping, Endosono): siehe ao2dpo
ao2tfs	Byte	Beratung/Schulung: - Post-OP-Folgestörung: 1 = Einzel (10 min.) / 2 = Gruppe / 3 = Einzel u. Gruppe / 6 = abgelehnt / 0 = entfällt / 9 = Missing
ao2tfb	Byte	- Funktionelle Beschwerden: siehe ao2tfs
ao2tpe	Byte	- Peptische Erkrankung: siehe ao2tfs
ao2ter	Byte	- Ernährung: siehe ao2tfs
ao2tsz	Byte	- sozial: siehe ao2tfs
ao2tso	Byte	- sonstiges: siehe ao2tfs
ao2tss	Byte	Medikamentöse Therapie: - Säuresuppression: 0 = nein / 1 = neu angesetzt / 2 = fortgesetzt / 3 = geändert / 4 = abgesetzt /

		8 = abgelehnt / 9 = Missing
ao2tpk	Byte	- Prokinetika: siehe ao2tss
ao2tpp	Byte	- Psychopharmaka: siehe ao2tss
ao2tvi	Byte	- Vitamine: siehe ao2tss
ao2tst	Byte	- Sonstige (Glucogant, Glucotard etc.): siehe ao2tss
ao2thp	Byte	Helicobakter Eradikation: 1 = durchgeführt / 0 = nicht durchgeführt / 8 = von Patient abgelehnt / 9 = Missing

10.2.19 Tabelle: oberer_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Oberer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Instituts-Nr.
aufn_nr	Integer	Aufn.-Nr. des Patienten
po1b1	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?: 4 = die ganze Zeit / 3 = meistens / 2 = hin und wieder / 1 = selten / 0 = nie / 9 = Missing
po1b2	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie wegen Sodbrennen Medikamente eingenommen?: siehe po1b1
po1b3	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Oberbauch?: siehe po1b1
po1b4	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie wegen Oberbauchschmerzen Medikamente eingenommen?: siehe po1b1
po1b5	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie das Gefühl, daß die Speisen beim Schlucken in der Speiseröhre hängen bleiben?: siehe po1b1
po1b6	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Blähungen gestört?: siehe po1b1
po1b7	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Durchfall?: siehe po1b1
po1b8	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Erbrechen?: siehe po1b1
po1b9	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Aufstoßen?: siehe po1b1
po1kg	Integer	Wie war Ihr Körpergewicht vor 1 Jahr?: 999 = Missing
po1vg	Byte	Hatten Sie schon einmal ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?: 0 = nein / 1 = ja / 9=Missing
po1vgj	Integer	zuletzt im Jahr: 9999 = Missing
po1vgd	Byte	Wie wurde zuletzt das Geschwür erkannt?: 1 = durch Magenspiegelung / 2 = durch Röntgen des Magens / 3 = o. eine apparative Untersuchung / 8 = ich weiß es nicht mehr / 9=Missing

10.2.20 Tabelle: patienten

Diese Tabelle speichert die Stammdaten der Patienten und den Bearbeitungszustand der Modulbögen.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

Das Feld "problembereiche" ist neu. Es enthält die Problembereiche des Patienten in Form einer Buchstabenfolge, bei der jedes Zeichen für einen Problembereich steht. Die Reihenfolge der Zeichen ist unbedeutend, jedes Zeichen sollte (muss aber nicht unbedingt) nur einmal vorkommen. Die folgenden Zeichen sind definiert:

Buchstabe	Problembereich
A	Arbeitsplatz
B	Basisblatt (immer vorhanden!)
D	Diabetes
L	Leber

O	Oberer Gastrointestinaltrakt
T	Tumor
E	Adipositas (Essstörungen)
U	Unterer Gastrointestinaltrakt

Die Felder "pa1" bis "pu1" sind neu. In ihnen wird für jeden Bogen der aktuelle Bearbeitungszustand und die Benutzernummer des Benutzers, der den Bogen zuletzt für den Druck angefordert hat, kodiert. Der Inhalt dieser Felder sollte niemals direkt, sondern immer nur von Megaredo selbst verändert werden. Sämtliche Felder, die in der Version 1.5 bereits vorhanden waren, sind ohne Änderung bezüglich der Feldnamen und -Kodierung weiter vorhanden. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nummer des Patienten, Format JJZZZZ
nachname	Text(32)	Nachname des Patienten
vorname	Text(32)	Vorname des Patienten
strasse_nr	Text(64)	Strasse des Patienten
plz	Text(16)	PLZ des Patienten
ort	Text(64)	Ort des Patienten
geb_datum	Date	Geburtsdatum des Patienten
geschlecht	Char(1)	Geschlecht des Patienten: männlich = "M" / weiblich = "W" / missing = "?"
zimmer_nr	Integer	Zimmer-Nr. des Patienten
aufn_datum	Date	Tag der Aufnahme
entl_datum	Date	Tag der Entlassung
kostentraeger	Integer	Kostentraeger der Reha-Maßnahme, Schlüssel-Nr.
problembereiche	Text(16)	Buchstabencode der Problembereiche des Patienten
pa1	Integer	Code für den Bogenstatus (Benutzer, vorhanden, angefordert, gedruckt, eingegeben). Der Code wird von Megaredo intern verwaltet, die Werte dieses Feldes sollten nie direkt verändert werden.
ab1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
ab2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pb1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pb2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
ad1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
ad2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pd1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
al1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
al2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
ao1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
ao2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
po1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
at1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
at2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pt1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pt2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pe1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
au1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
au2	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1
pu1	Integer	Code für Bogenstatus, siehe pa1

10.2.21 Tabelle: psycho_skalen

Diese Tabelle speichert die Stammdaten der Patienten und den Bearbeitungszustand der Modulbögen.

Die folgenden Änderungen gegenüber der Version 1.5 sind vorhanden:

- Das Feld "instituts_nr" ist neu. Es enthält die Instituts-Nummer wie sie auch in allen anderen Tabellen vorhanden ist.
- Sämtliche Felder die in der Version 1.5 bereits vorhanden waren, sind ohne Änderung bezüglich der Feldnamen und -Kodierung weiter vorhanden. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
prozentrang	Byte	Prozentrang des Skalenwertes
skala_umgang	Byte	Skalenwert Umgang
skala_angst	Byte	Skalenwert Angst
skala_depression	Byte	Skalenwert Depression

10.2.22 Tabelle: tumor_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Tumor" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
at1icd	Integer	Hauptdiagnose ICD: 99999 = Missing
at1t1	Text(2)	Erstklassifikation - TNM - Tumor - T: 0 / S / 1 / 2 / 3 / 4 / X / 9 = Missing
at1n1	Text(2)	Erstklassifikation - TNM - Lymphknoten - N: 0 / 1 / 2 / 3 / X / 9 = Missing
at1m1	Text(2)	Erstklassifikation - TNM - Metastasen - M: 0 / 1 / X / 9 = Missing
at1g1	Text(2)	Erstklassifikation - TNM- G: 1 / 2 / 3 / 4 / X / 9 = Missing
at1tre	Byte	Tumorrest (nach Primärtherapie) 0=kein Rest / 1=histologisch Rest / 2=makroskopisch Rest / 8=unbekannt-unklar / 9=Missing
at1t2	Text(2)	aktuelle Klassifikation TNM - Tumor: siehe at1t1
at1n2	Text(2)	aktuelle Klassifikation TNM - Lymphknoten: siehe at1n1
at1m2	Text(2)	aktuelle Klassifikation TNM - Metastasen: siehe at1m1
at1vb	Byte	Vorbehandlung: 1 = Organteilresektion / 2 = Organresektion / 3 = Organgrenzen überschreitende Resektion / 4 = Palliativeingriff / 5 = nicht operiert / 8 = nicht bekannt / 9 = Missing
at1ze	Byte	Zweiteingriff: 0 = nein / 1 = wegen Rezidiv/Metastase / 2 = wegen sonstiger Folgeprobleme / 8 = nicht bekannt / 9 = Missing
at1sto	Byte	Stoma: 0 = nein / 1 = passager, noch vorhanden / 2 = passager, bereits zurückverlegt / 3 = definitiv / 9 = Missing
at1not	Byte	Nicht-Operative-Therapie: 0 = nein / 1 = ja, noch laufend / 2 = ja, bereits abgeschlossen / 9 = Missing
at1st	Boolean	Wenn ja, welche der folgenden Therapien werden/wurden durchgeführt? - Strahlentherapie
at1ct	Boolean	-Chemotherapie
at1at	Boolean	-Alternativtherapie (z.B. Mistel) oder Immuntherapie (z.B. Interferon)
at1so	Boolean	-Sonstiges
at1tmo	Byte	Relevanter Tumormarker - bei OP: 0 = normal / 1 = erhöht / 8 = nicht bekannt / 9 = Missing
at1tmv	Byte	- im Verlauf bis Reha: 0 = gleichbleibend / 1 = Grauzone / 2 = angestiegen / 3 = abgefallen / 8 = nicht bekannt / 9 = Missing
at1bia	Byte	Behandlungsintention zu Rehabeginn: 0 = kurativ / 1 = palliativ / 8 = nicht bekannt / 9 = Missing
at1auf	Byte	Aufklärung des Patienten: 0 = nicht / 1 = teilweise / 2 = umfassend / 8 = unklar / 9 = Missing
at1mod	Integer	Zeit seit Diagnosestellung in Monaten: 999 = Missing
at1ki	Integer	Beeinträchtigung der Lebensqualität - Karnofsky-Index: 999 = Missing
at1pa	Byte	Zeigt der Patient psychische Auffälligkeiten? 1= ja / 0 = nein / 8 = unsicher / 9 = Missing

10.2.23 Tabelle: tumor_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung" des Moduls "Tumor" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
at2tne	Byte	TNM-Klassifikation bei Entlassung: 0 = unverändert / 1 = möglicherweise zu ändern / 2 = geändert / 9 = Missing
at2t3	Text(2)	Wenn geändert, aktuelle TNM-Klassifikation bei Entlassung - Tumor: 0 / S / 1 / 2 / 3 / 4 / X / 9 =

		Missing
at2n3	Text(2)	bei Entlassung TNM Klassifikation - Lymphknoten: 0 / 1 / 2 / 3 / X / 9 = Missing
at2m3	Text(2)	bei Entlassung TNM Klassifikation - Metastasen: 0 / 1 / X / 9 = Missing
at2nm	Byte	Neu diagnostiziert wurde: -Organmetastase: 0 = nein / 1 = Verdacht / 2 = dringender Verdacht / 3 = histol. gesichert / 9 = Missing
at2nr	Byte	- Lokalrezidiv: siehe at2nm
at2nz	Byte	- Zweitumor: siehe at2nm
at2bie	Byte	Behandlungsentention zum Entlassungszeitpunkt: 0 = kurativ / 1 = palliativ / 8 = nicht entschieden / 9 = Missing
at2aa	Byte	Ärztliche Aufklärungsarbeit während Reha: 0 = nicht notwendig / 1 = teilweise ... / 2 = umfassend / 9 = Missing
at2hba	Float	Hämoglobin bei Aufnahme g/dl: 99,9 = Missing
at2hbe	Float	Hämoglobin bei Entlassung g/dl: 99,9 = Missing
at2de	Byte	Diagnostik während HV: - morphologisch: - Endoskopie: 0 = nein / 1 = ja / 9 = Missing
at2dr	Byte	- Röntgen: siehe at2de
at2ds	Byte	- Sonografie: siehe at2de
at2da	Byte	- Andere: siehe at2de
at2dp	Byte	- funktionell: - pH-Metrie: 0 = nein / 1 = ja / 9 = Missing
at2dx	Byte	-Test für exokrine Pankreasfunktion: siehe at2dp
at2dh	Byte	- H2-Atemtest: siehe at2dp
at2dt	Byte	- Stuhl Diagnostik: siehe at2dp
at2di	Byte	- Inkontinenzdiagnostik: siehe at2dp
at2dm	Byte	- Malabsorptionsdiagnostik: siehe at2dp
at2dk	Byte	- Berechnung Kalorienzufuhr: siehe at2dp
at2do	Byte	- Sonstiges: siehe at2dp
at2id	Byte	Überwiegende Indikation der Diagnostik: 1 = spez. Beschwerden / 2 = im Rahmen der Nachsorge / 3 = zur sozialmed. Beurteilung / 4 = sonstiges / 9 = Missing
at2ndf	Byte	Neue Erkenntnisse der Diagnostik - therapiebedürftige Folgezustände: 0 = nein / 1 = ja / 9 = Missing
at2ndb	Byte	- therapiebedürftige Begleiterkrankungen: siehe at2ndf
at2tlw	Byte	Therapie während Rehabilitation: - lokale Wundversorgung: 1 = neu begonnen / 2 = fortgesetzt / 3 = beendet / 6 = abgelehnt / 0 = entfällt / 9 = Missing
at2tct	Byte	- Chemotherapie: siehe at2tlw
at2tat	Byte	- Alternative Therapie (z.B. Mistel): siehe at2tlw
at2tst	Byte	- Schmerztherapie: siehe at2tlw
at2tpp	Byte	- Psychopharmaka: siehe at2tlw
at2tme	Byte	- Therapiebedürftige Mangelerscheinungen - Eisen: siehe at2tlw
at2tml	Byte	- Elektrolyte: siehe at2tlw
at2tmv	Byte	- Vitamine: siehe at2tlw
at2tms	Byte	- Sonstiges: siehe at2tlw
at2tpf	Byte	Therapie postop. Folgezustände: siehe at2tlw
at2tbe	Byte	Pharmakotherapie Begleiterkrankungen: siehe at2tlw
at2tki	Byte	Psychotherapie - Krankheitsinformation: 1 = einzeln (< 10 min.) / 2 = Gruppe / 3 = Einzel u. Gruppe / 6 = abgelehnt / 0 = entfällt / 9 = Missing
at2tkb	Byte	- Krankheitsbewältigung: siehe at2tki
at2tes	Byte	- Entspannung: siehe at2tki
at2ten	Byte	- Ernährung (Diät): siehe at2tki
at2tsb	Byte	- Sozialberatung: siehe at2tki
at2tso	Byte	- Stomatherapieberatung: siehe at2tki
at2tir	Byte	- Irrigation: 1 = einzeln (< 10 min.) / 6 = abgelehnt / 0 = entfällt / 9 = Missing
at2tbb	Byte	-Sphinctertraining/Beckenbodengymnastik: siehe at2tki

10.2.24 Tabelle: tumor_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Tumor" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahmenummer des Patienten
pt1gfr	Integer	Wie war Ihr Gewicht früher, vor der Erkrankung: 999 = Missing
pt1gkh	Integer	Wie war Ihr Gewicht bei Entlassung aus dem Krankenhaus (nach Operation): 999 = Missing
pt1ns1	Byte	Wie oft bzw. welche Nachsorgeuntersuchungen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt?: 0 = keine / 1 = unregelmäßig / 2 = regelmäßig / 9 = Missing
pt1ns2	Byte	0 = ohne Endoskopie / 1 = mit Endoskopie / 9 = Missing
pt1ns3	Byte	Die Nachsorgeuntersuchungen wurden durchgeführt: 1 = nach Plan / 2 = weil ich Beschwerden hatte / 3 = weiß ich nicht / 9 = Missing

pt1ins	Byte	Ihr Informationsstand über Ihre Erkrankung ist: 1 = ich bin umfassend über meine Krankheit informiert / 2 = ich wurde zu wenig über meine Erkrankung aufgeklärt / 9 = Missing
pt1inw	Byte	Ihr Wunsch für die Rehabilitation: 1 = keine weiteren Informationen über meine Krankheit / 2 = mehr Informationen über meine Krankheit / 9 = Missing
pt1gl1	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?: 4 = die ganze Zeit / 3 = meistens / 2 = hin und wieder / 1 = selten / 0 = nie / 9 = Missing
pt1gl2	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Ihre Eßgeschw. beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt1gl1
pt1gl3	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Beschwerden im Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt1gl1
pt1gl4	Byte	Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt1gl1
pt1gl5	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?: siehe pt1gl1
pt1gl6	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch dringenden Stuhlgang oder ungewollten Stuhlgang belastigt?: siehe pt1gl1
pt1gl7	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Verstopfung sie belastigt?: siehe pt1gl1
pt1gl8	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich belastigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?: siehe pt1gl1
pt1gl9	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?: siehe pt1gl1
pt1he1	Byte	Ich habe Angst vor einer Ausweitung/Fortschreiten der Erkrankung: 0 = tritt nicht zu / 1 = kaum / 2 / 3 / 4 / 5 = sehr stark / 9 = Missing
pt1he2	Byte	Ich denke häufiger mit Angst an den Tod: siehe pt1he1
pt1he3	Byte	Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können: siehe pt1he1
pt1he4	Byte	Ich habe Angst vor Hilflosigkeit / Siechtum: siehe pt1he1
pt1he5	Byte	Ich habe Angst davor noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen: siehe pt1he1
pt1he6	Byte	Ich habe Angst davor, nicht mehr Arbeiten zu können: siehe pt1he1
pt1he7	Byte	Ich habe Angst davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können: siehe pt1he1
pt1he8	Byte	Ich leide häufiger unter Sehestörungen: siehe pt1he1
pt1he9	Byte	Ich leide häufiger unter depressiven Verstimmungen: siehe pt1he1
pt1he0	Byte	Ich bin oft angespannt bzw. nervös: siehe pt1he1

10.2.25 Tabelle: tumor_patient_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Entlassung" des Moduls "Tumor" gespeichert.

Das Format dieser Tabelle hat sich von der Version 1.5 aus nicht geändert, soweit Feldnamen und -Kodierung betroffen sind. Die Syntax für den Datentyp der Felder wurde entsprechend dem Kapitel "Verwendete Datentypen" angepasst.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahmenummer des Patienten
pt2ies	Byte	Ihr Informationsstand über Ihre Erkrankung ist: 1 = ich bin umfassend über meine Krankheit informiert / 2 = ich wurde zu wenig über meine Erkrankung aufgeklärt / 9 = Missing
pt2iew	Byte	Ich wünsche mir für die Zukunft : 1 = keine weiteren Informationen über meine Krankheit / 2 = mehr Informationen über meine Krankheit / 9 = Missing
pt2gl1	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Übelkeit beeinträchtigt gefühlt?: 4 = die ganze Zeit / 3 = meistens / 2 = hin und wieder / 1 = selten / 0 = nie / 9 = Missing
pt2gl2	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Ihre Eßgeschw. beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt2gl1
pt2gl3	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen haben Sie sich durch Beschwerden im Schlucken Ihrer Nahrung beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt2gl1
pt2gl4	Byte	Haben Sie sich in den letzten 2 Wochen durch Hochlaufen von Flüssigkeit oder Nahrung in den Mund beeinträchtigt gefühlt?: siehe pt2gl1
pt2gl5	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch Sodbrennen gestört?: siehe pt2gl1
pt2gl6	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich durch dringenden Stuhlgang oder ungewollten Stuhlgang belastigt?: siehe pt2gl1
pt2gl7	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hat Verstopfung sie belastigt?: siehe pt2gl1
pt2gl8	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen fühlten Sie sich belastigt durch Blähungen oder das Gefühl, zuviel Luft im Bauch zu haben?: siehe pt2gl1
pt2gl9	Byte	Wie oft in den letzten 2 Wochen hatten Sie Schmerzen im Bauch?: siehe pt2gl1
pt2he1	Byte	Ich habe Angst vor einer Ausweitung/Fortschreiten der Erkrankung: 0 = tritt nicht zu / 1 = kaum / 2 / 3 / 4 / 5 = sehr stark / 9 = Missing
pt2he2	Byte	Ich denke häufiger mit Angst an den Tod: siehe pt2he1
pt2he3	Byte	Ich habe Angst davor, Schmerzen bekommen zu können: siehe pt2he1
pt2he4	Byte	Ich habe Angst vor Hilflosigkeit / Siechtum: siehe pt2he1
pt2he5	Byte	Ich habe Angst davor, noch einmal in ein Krankenhaus zu müssen: siehe pt2he1
pt2he6	Byte	Ich habe Angst davor, nicht mehr Arbeiten zu können: siehe pt2he1
pt2he7	Byte	Ich habe Angst davor, nicht mehr für die Familie da sein zu können: siehe pt2he1
pt2he8	Byte	Ich leide häufiger unter Sehestörungen: siehe pt2he1

pt2he9	Byte	Ich leide häufiger unter depressiven Verstimmungen: siehe pt2he1
pt2he0	Byte	Ich bin oft angespannt bzw. nervös: siehe pt2he1

10.2.26 Tabelle: unterer_arzt_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Aufnahme" des Moduls "Unterer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Diese Tabelle ist neu in Version 2.0!

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
au1odü	Byte	Dünndarmoperation? 0 = nein / 2 = Ileumresektion / 3 = sonstige / 9 = missing
au1odi	Byte	Dickdarmoperation? 0 = nein / 2 = Hemikolektomie und weniger / 3 = subtotale/totale KOLEKTOMIE / 8 = unklar / 9 = missing
au1ore	Byte	Rektumoperation? 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = missing
au1oap	Byte	Anus praeter? 0 = nein / 2 = Dünndarm passager / 3 = Dünndarm permanent / 4 = Dickdarm passager / 5 = Dickdarm permanent / 9 = missing
au1opr	Byte	Protokologische Eingriffe? 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = missing
au1ops	Byte	Abdominelle Operation? 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = missing
au1opj	Integer	Wann erfolgte letzte o.g. Operation?
au1rd	Byte	Den unteren Gastrointestinaltrakt betreffende Vorerkrankungen?: Reizdarm-Syndrom? 0 = nein / 2 = Verdacht / 3 = gesichert / 9 = missing
au1mc	Byte	siehe au1rd: Morbus Crohn?
au1cu	Byte	siehe au1rd: Colitis ulcerosa?
au1kd	Byte	siehe au1rd: Kurzdarm-Syndrom?
au1li	Byte	siehe au1rd: Laktoseintoleranz?
au1in	Byte	siehe au1rd: Inkontinenz?
au1ob	Byte	siehe au1rd: Obstipation
au1rem	Byte	Befindet sich der Patient in klinischer Remission? 0 = nein / 1 = ja / 8 = unklar / 9 = missing

10.2.27 Tabelle: unterer_arzt_entlassung

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Arzt bei Entlassung" des Moduls "Unterer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Diese Tabelle ist neu in Version 2.0!

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
au2phc	Byte	Positiver Hämoecult? 0 = nein / 1 = ja / 2 = nicht durchgeführt / 9 = missing
au2dpr	Byte	Diagnostik: Prokto-/Rektoskopie? 0 = nicht untersucht / 2 = verschlechtert / 3 = unverändert / 4 = verbessert / 5 = kein Vorbefund / 6 = abgelehnt / 8 = unklar / 9 = missing
au2dko	Byte	siehe au2dpr: partielle/hohe Koloskopie?
au2dso	Byte	siehe au2dpr: Sonografie?
au2drö	Byte	siehe au2dpr: Röntgen?
au2dma	Byte	siehe au2dpr: Manometrie?
au2dh2	Byte	siehe au2dpr: H2-Atemtest?
au2dtr	Byte	siehe au2dpr: Transitzeit?
au2dst	Byte	siehe au2dpr: Stuhluntersuchung?
au2ddi	Byte	siehe au2dpr: sonstiges (CT, NMR, Endosono)?
au2din	Byte	Indikation zur Diagnostik: 2 = Beschwerden / 3 = Sozialmedizin. Beur. / 4 = Therapie-/Befundkontrolle / 5 = sonstiges / 9 = missing
au2kr1	Byte	Anamn. oder körperl. Befunde, die patholog. für Diagnose außerhalb funkt. Beschw.? 0 = nein / 1 = ja / 9 = missing
au2cai	Integer	CAI-Score-Wert bei Colitis ulcerosa / 999 = missing
au2cda	Integer	CDAI-Score-Wert bei Morbus Crohn / 999 = missing
au2ks	Integer	Kruis-Score / 999 = missing
au2bda	Byte	Beratung/Schulung: Darmerkrankungen? 2 = Einzel < 10 min. / 3 = Einzel u. Gruppe / 4 = Gruppe / 5 = abgelehnt / 6 = entfällt / 9 = missing
au2bst	Byte	siehe au2bda: Stoma?
au2bre	Byte	siehe au2bda: Reizdarm-Syndrom?
au2bps	Byte	siehe au2bda: Psyche?
au2ent	Byte	siehe au2bda: Entspannung (z.B. Biofeedback, At. Progress. Muskrelaxation)?
au2ber	Byte	siehe au2bda: Ernährung?

au2bso	Byte	siehe au2bda: Sozial?
au2bdi	Byte	siehe au2bda: Sonstiges?
au2tlo	Byte	Therapie: Lokale Wundversorgung? 0 = nein / 1 = neu / 2 = geändert / 3 = fortgeführt / 4 = abgesetzt / 5 = abgelehnt / 9 = missing
au2tdu	Byte	siehe au2tlo: symptomatische Durchfallbehandlung?
au2tla	Byte	siehe au2tlo: Antiinflammatorisch?
au2tma	Byte	siehe au2tlo: Sonstige medikamentös?
au2tsp	Byte	siehe au2tlo: Apparatives Sphinkertaining?
au2tst	Byte	siehe au2tlo: Stomatherapie?
au2thä	Byte	siehe au2tlo: Hämorrhoidenbehandlung?
au2tdi	Byte	siehe au2tlo: Sonstige?

10.2.28 Tabelle: unterer_patient_aufnahme

In dieser Tabelle werden die Datensätze für den Bogen "Patient bei Aufnahme" des Moduls "Unterer Gastrointestinaltrakt" gespeichert.

Diese Tabelle ist neu in Version 2.0!

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nr. des Patienten
pu1sf	Byte	Wieviele Stühle haben Sie im Durchschnitt täglich? 2 = weniger als 1 / 3 = 1 bis 3 / 4 = mehr als 3 / 9 = missing
pu1sk	Byte	Wie ist Ihr Stuhl überwiegend beschaffen? 2 = hart / 3 = geformt / 4 = breiig / 5 = flüssig / 9 = missing
pu1bsa	Byte	Leiden Sie unter Bauchschmerzen? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pu1sbr	Byte	Wenn ja (pu1bsa), wie würden Sie diese Beschreiben?: brennend? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pu1sst	Byte	siehe pu1sbr: stechend scharf?
pu1sss	Byte	siehe pu1sbr: sehr stark?
pu1sve	Byte	siehe pu1sbr: vernichtend?
pu1sdr	Byte	siehe pu1sbr: Druckgefühl?
pu1sdu	Byte	siehe pu1sbr: dumpf?
pu1sbo	Byte	siehe pu1sbr: bohrend?
pu1kr2	Byte	Leiden Sie unter Blähungen? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pu1kr3	Byte	Haben Sie Schwierigkeiten beim Stuhlgang? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pu1kr4	Byte	Leiden Sie unter einem Wechsel von Verstopfung und Durchfällen? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing
pu1kr5	Byte	Bestehen Ihre o.g. Beschwerden schon länger als 2 Jahre? 0 = nein / 1 = ja / 8 = weiß nicht / 9 = missing

10.3 Beschreibung der Formate bei Import/Export

10.3.1 Export: ADDK-Datensatz

Die folgende Tabelle beschreibt das Format der ADDK-Datensätze wie sie in die MSAccess7.0-Datei "addk.mdb" exportiert werden. Die hier angegebenen Datentypen entsprechen nicht der sonst üblichen sondern dem in MSAccess gängigen Syntax.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Zahl (Long Integer)	Nummer des Instituts
aufn_nr	Zahl (Long Integer)	Aufnahme-Nr. des Patienten
addk_id	Autowert	
addk_klinik	Zahl (Long Integer)	
addk_at	Datum/Uhrzeit	
addk_et	Datum/Uhrzeit	
addk_geb	Zahl (Integer)	
addk_geschlecht	Char(1)	Geschlecht des Patienten: männlich = "M" / weiblich = "W" / missing = "?"
addk_seit	Zahl (Integer)	
addk_dt	Text (1)	
ako_com	Ja/Nein	
ako_exs	Ja/Nein	
ako_ket	Ja/Nein	
ako_shyp	Ja/Nein	

ako_rhyp	Ja/Nein
ako_bes	Ja/Nein
ako_bgh	Ja/Nein
ako_grav	Ja/Nein
ako_ahy	Ja/Nein
ako_air	Ja/Nein
ako_amo	Ja/Nein
ako_abe	Ja/Nein
ako_psy	Ja/Nein
ako_hba	Text (10)
ako_bmi	Ja/Nein
ako_adf	Text (10)
ako_fne	Ja/Nein
ako_cav	Ja/Nein
ako_aan	Ja/Nein
ako_fht	Ja/Nein
ako_fed	Ja/Nein
ako_fhi	Ja/Nein
ako_frp	Ja/Nein
ako_fdl	Ja/Nein
ako_fnp	Ja/Nein
ako_kre	Ja/Nein
ako_asa	Ja/Nein
ako_fkh	Ja/Nein
ako_fav	Ja/Nein
asch_agb	Ja/Nein
asch_abl	Ja/Nein
asch_kf	Ja/Nein
asch_aep	Ja/Nein
abeh_ainp	Ja/Nein
abeh_aii	Ja/Nein
abeh_aik	Ja/Nein
abeh_atab	Ja/Nein
abeh_ad	Ja/Nein
abeh_aah	Ja/Nein
abeh_einp	Ja/Nein
abeh_eii	Ja/Nein
abeh_eik	Ja/Nein
abeh_etab	Ja/Nein
abeh_ed	Ja/Nein
abeh_eah	Ja/Nein

10.3.2 Export: Module

Beim Export von Modulen erstellt Megaredo2 in dem gewählten Verzeichnis für jeden Modulbogen eine eigene Datei mit dem Kurznamen des Modulbogens und der gewählten Endung. Der Kurzname setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Der Buchstabe "a" oder "p", je nachdem ob der Modulbogen vom Arzt oder Patienten ausgefüllt wird.
- Der Kennungsbuchstabe des Problembereichs, zu dem der Modulbogen gehört (siehe Feld "problembereiche" in der Tabelle "patienten").
- Der Zahl "1" oder "2", je nachdem ob der Modulbogen bei der Aufnahme oder Entlassung ausgefüllt wird.

Jede Datei enthält pro Patient, zu dem der entsprechende Modulbogen bereits eingegeben wurde, eine Zeile, in der alle Feldwerte in der Reihenfolge stehen, in der die Felder in der entsprechenden Tabelle der Datensatzbeschreibung angegeben sind. Zwischen je zwei Werten steht das beim Exportieren gewählte Trennzeichen, es steht weder vor dem ersten noch nach dem letzten Wert ein Trennzeichen.

Falls die entsprechende Option beim Export markiert war enthält die erste Zeile nicht die Werte eines Patienten sondern die Namen der Felder in exakt der gleichen Reihenfolge, in der in den darauffolgenden Zeilen die Feldwerte angegeben sind. Die Feldnamen sind auf die gleiche Weise mit Trennzeichen getrennt.

10.3.3 Import: Patientenstammdaten

Megaredo kann neue Patienten anlegen, indem deren Stammdaten in die Datenbank importiert werden. Dabei gelten für die Stammdaten die folgenden Regeln:

1. Die Stammdaten liegen in einer Textdatei mit dem Namen "patienten.csv". Der Ort dieser Datei kann in Megaredo ausgewählt werden.
2. Jede Zeile der Datei enthält die Stammdaten eines Patienten. Zwischen je zwei Werten steht ein Trennzeichen, das innerhalb der Werte nicht vorkommen darf (welches Zeichen genau verwendet wird kann in Megaredo vor dem Importieren ausgewählt werden). Insbesondere steht weder vor dem ersten noch nach dem letzten Wert ein Trennzeichen.
3. In Megaredo kann ausgewählt werden, dass die erste Zeile die Feldnamen enthält. In diesem Fall stehen in der ersten Zeile der Textdatei alle Feldnamen genau so, wie sie in der unteren Tabelle aufgeführt sind. Die Reihenfolge der Feldnamen ist dabei beliebig. Zwischen je zwei Feldnamen steht ein Trennzeichen (es sind keine überflüssigen Leerzeichen erlaubt!). Beim Importieren wird dann angenommen, dass bei allen nachfolgenden Zeilen die Reihenfolge der Feldwerte mit derjenigen der Feldnamen übereinstimmt.

Wenn in der ersten Zeile keine Feldnamen angegeben sind (Einstellung in Megaredo beim Importieren), dann wird angenommen, dass in jeder Zeile die Feldwerte in exakt der Feld-Reihenfolge der nachfolgenden Tabelle stehen.

Die folgende Tabelle enthält eine Liste aller Felder, die in der Importdatei vorhanden sein müssen (es dürfen auch keine Felder fehlen!). Die Bedeutung der Felder (ebenso wie die Kodierung) ist dabei identisch mit den ersten Feldern der Tabelle "patienten" (siehe dort). Das gilt insbesondere für das Feld "problembereiche" und die dort verwendete Buchstabenkodierung der zutreffenden Problembereiche. Allerdings wird für jeden Patienten ein Basisblatt angelegt, unabhängig davon ob beim Import das Zeichen "B" vorhanden war oder nicht.

Feldname	Feldtyp	Feldbeschreibung
instituts_nr	Integer	Nummer des Instituts
aufn_nr	Integer	Aufnahme-Nummer des Patienten
nachname	Text(32)	Nachname des Patienten
vorname	Text(32)	Vorname des Patienten
strasse_nr	Text(64)	Strasse des Patienten
plz	Text(16)	PLZ des Patienten
ort	Text(64)	Ort des Patienten
geb_datum	Date	Geburtsdatum des Patienten
geschlecht	Char(1)	Geschlecht des Patienten
zimmer_nr	Integer	Zimmer-Nr. des Patienten
aufn_datum	Date	Tag der Aufnahme
entl_datum	Date	Tag der Entlassung
kostentraeger	Integer	Kostentraeger der Reha-Maßnahme, Schlüssel-Nr.
problembereiche	Text(16)	Buchstabencode der Problembereiche des Patienten