

# **Entwicklung und Struktur des Basisdokumentationssystems**

## **MEGAREDO**

### **MEtabolisch-GAstroenterologische REhabilitations-DOkumentation**

Dierk Rosemeyer, Klinik Rosenberg der LVA Westfalen, Bad Driburg

Für die MEGAREDO - Arbeitsgruppe

Bossinger W, Hartwaldklinik, BfA, Bad Brückenau

Gießler H, Mittelrheinklinik, LVA Rheinland-Pfalz, Bad Salzig

Knisel W, Reha-Klinik Kandertal, LVA Baden, Malsburg-Marzell

Kulzer B, Diabetes-Klinik, Bad Mergentheim

Pollmann H, Klinik Niederrhein, LVA Rheinprovinz, Bad Neuenahr

Schaube J, Mittelrheinklinik, LVA Rheinland-Pfalz, Bad Salzig

von Stetten D, Mediz. Klinik Passau, LVA NdB/OPf., Passau

Tuschhoff T, Reha-Klinik „Ob der Tauber“, LVA Württemberg, Bad Mergentheim

Wagner J, Reha-Klinik Kandertal, LVA Baden, Malsburg-Marzell

Wilms H, Klinik Niederrhein, LVA Rheinprovinz, Bad Neuenahr

### **Kurztitel: MEGAREDO - Entwicklung und Struktur**

Schlüsselworte:

Rehabilitation, Gastroenterology, Diabetes, Oncology, Documentation, information  
technology systems

Dr. med. Dierk Rosemeyer, Leitender Arzt der Klinik Rosenberg der LVA Westfalen,

Hinter dem Rosenberge 1, 33014 Bad Driburg

Tel.: 05253 / 970 525

Fax: 05253 / 970 177

email: Klinik.Rosenberg@t-online.de

Zusammenfassung:

Das Fehlen einer gemeinsamen rehaspezifischen Dokumentation für den Bereich Gastroenterologie und Stoffwechsel veranlaßte seit einigen Jahren einen Arbeitskreis der Gesellschaft zur Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen zur Erarbeitung eines entsprechenden Systems (MEGAREDO).

Ziele waren u.a.

die Dokumentation wesentlicher Aspekte der Anamnese, des therapeutischen und diagnostischen Aufwands und dessen Ergebnis (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), Individualisierbarkeit (Reha-Ziele), Veränderungssensitivität für den Reha-Aufenthalt, direkte Erhebung von Arzt und Patient sowie Integration in bestehende Klinik-EDV

Daraus wurde ein modulares System, in das zu verschiedenen Zeiten (Aufnahme und Entlassung) und aus verschiedenen Quellen (Arzt und Patient) Daten eingegeben werden. Diese betreffen sowohl allgemeine sozialmedizinische Fakten (z.B. für den VDR-E-Bericht) als auch psychosoziale Aspekte (Reha-Bedürftigkeit, Ängstlichkeit, Depression), die für jeden Patienten in einem Basisblatt aufgeführt werden. Weitere organspezifische Beschwerden und Probleme werden in entsprechenden Modulen (Arbeitsplatz, oberer - unterer Gastrointestinaltrakt, Leber, Diabetes, Onkologie) erhoben.

Es wurde versucht, auf möglichst bekannte und evaluierte Frageinstrumente und Scores zurückzugreifen, um damit sowohl eine Vergleichbarkeit von Patienten verschiedener Reha-Kliniken als auch mit Nicht-Reha-Patienten zu ermöglichen.

Die Daten stehen hausintern zur Steuerung zur Verfügung als auch als Datenpool aus verschiedenen Kliniken über die Gesellschaft u.a. zum Benchmarking oder für Forschungszwecke.

Abstract:

The lack of a common documentation system specific for the concerns of gastroenterology and metabolic diseases caused the development of suitable system (MEGAREDO) by a working group of the society of rehabilitation in gastroenterology and metabolism. Goals have been: documentation of main topics of anamnesis, diagnostic and therapeutic efforts and its results (quality of structure, process and outcome), individualisation (personal goals of rehabilitation), sensitivity of variation during a stationary rehabilitational stay, direct answer collecting from patient and doctor and integration in existing electronic information systems in the clinic. This led to a modular system of datacollecting to different times (ad - dismissal) and different sources (patient - doctor). These data cover general socio-medical facts (common letter of dismissal) as well as psychosocial aspects (need of rehabilitation, anxiety, depression). These items of every patient are collected in a basic sheet. Further organo- specific problems are to be put in several moduls (working place, upper / lower GI-tract, liver, diabetes, oncology). Established and evaluated questionnaires and scores are used if possible to give comparison between patients of different rehabilitation clinics as well as to non-rehabilitational patients.

These data are available in clinic for steering and quality assurance as well as pooled data from different clinics of the society for benchmarking or research purposes.

## I.

Die Mitglieder der Gesellschaft zur Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen erkannten bald nach Gründung der Gesellschaft die Darstellung von Leistungen der Rehabilitation in ihrem Indikationsgebiet als ein Problem. Wesentliche Ursachen dieses Mangels waren unzureichend vergleichbare Daten, verschiedene Messinstrumente, insgesamt Fehlen einer einheitlichen vergleichbaren Dokumentation, welche die Basis für jedes Qualitätsmanagement darstellt. Zwar wurden und werden Entlassungsbriefe nach einem einheitlichen Schema des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) erstellt, doch sind diese Daten zum einen für die einzelne Klinik oder gar klinikübergreifend nicht ausreichend zugänglich und im strukturierten Statistikteil im wesentlichen sozialmedizinischer Natur. Gerade für spezifische Fakten aus dem Bereich Gastroenterologie und Stoffwechsel fehlt es an einheitlichen Daten und deren gleichartiger Erfassung. Ein neuer Sammelband, der Erhebungsinstrumente aus dem Reha-Bereich zusammenstellt, zeigt, dass sich die meisten Erhebungsinstrumente auf den neuropsychiatrischen, cardiologischen oder orthopädischen Bereich erstrecken, die Gastroenterologie ist - im Gegensatz zum Diabetes - unzureichend vertreten (1).

So hat sich ein Arbeitskreis aus Ärzten und Psychologen aus insgesamt 8 Mitgliedskliniken zusammengefunden, um eine gemeinsame Patientendokumentation zu erstellen.

## II. Ziele

Verschiedene Zielvorstellungen sollten mit der Einrichtung einer solchen gemeinsamen Dokumentation erreicht werden :

- Die reha-spezifische Sicht eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells musste sich in den erhobenen Daten wiederfinden.
- Auch die inzwischen allgemein gültigen Qualitätsaspekte Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität sollten erhoben werden.

- Als weiteres Reha-Spezifikum sollte verstärkt die Patienten/Rehabilitanden-Sicht neben Arztaussagen einfließen, zumal die Patientenangaben direkt zu erheben sind und nicht vom Arzt erfragt und eventuell einem subjektiven Bias aus seiner Sicht unterworfen sein sollen. .
- Ein zentraler Aspekt einer Reha-Behandlung ist die Erhebung individueller Reha-Ziele, an denen sich die Sinnfälligkeit und an deren Erreichungsgrad sich der Erfolg einer Reha-Behandlung messen lässt.
- Zugleich sollten bereits allgemein gültige, zumeist aus dem akutmedizinischen Bereich übernommene Erhebungsinstrumente (Indizes, Scores) mit benutzt werden, die möglichst evaluiert sein sollen.
- Veränderungen während des Reha-Aufenthaltes müssen abgebildet werden können (Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung, Erreichung des Reha-Zieles) und schließlich sollte sie selbstverständlich EDV-gerecht und mit den verschiedenen Computer-Systemen der verschiedenen Kliniken kompatibel sein.
- Wesentlich erscheint der praktisch-organisatorische Aspekt, dass eine solche Dokumentation nicht zusätzlich zum üblichen Klinikablauf erhoben werden, sondern sich in diesen integrieren sollte.
- Dies ist die Voraussetzung für eine Akzeptanz durch die Benutzer, die eben zugleich einen Gewinn und Nutzen aus der Anwendung dieser Dokumentation erhalten sollten.
- Dennoch sollte Raum bleiben für evtl. spätere klinik-individuelle Erweiterungen.
- Bei allem war zu bedenken, dass eine möglichst relevante, überschaubare Menge an Daten erfasst werden sollte und damit ein günstiger Kompromiss zwischen Vollständigkeit der Daten auf der einen und Praktikabilität der Dokumentation auf der anderen Seite erreicht werden sollte.

Mit einem solchen allgemeinen Dokumentationssystem wäre eine gute Basis gelegt zur Qualitätssicherung mit Auswertbarkeit für den einzelnen Patienten, für die Klinik als Steue-

rungshilfe für interne Aspekte (Schwerpunkte, Patientenveränderungen) sowie klinikübergreifend im Sinne Kooperationsförderung oder für Forschungsprojekte.

### III. Struktur der Megaredo-Module

Eine solche Datenerhebungsorganisation ließ sich theoretisch in einem Schema erfassen (Tab. 1), das Qualitätsaspekte und ICDH-Krankheitsbedingungen umfasst. Die konkrete Umsetzung erschien nur in einem modularen System vorstellbar, welches allgemeine reha-spezifische, jeden Patienten betreffende Daten in einem Basismodul zusammenfasst, sowie organspezifische Aspekte in zusätzlichen organbezogenen Modulen. Diese Basis- und Organbereiche waren wiederum zu unterteilen in Fragen für Arzt und Patienten sowie in eine Stuserhebung zu Aufnahme und eine Änderungserhebung zur Entlassung, so dass sich letztendlich eine Struktur entsprechend Tabelle 2 ergab. Dies hat den Vorteil, dass ein Basisblatt von jedem Patienten - (auch mit primär nicht gastroenterologisch führenden Diagnosen) - erhoben werden kann und die Datenmenge problembezogen klein gehalten werden kann.

Ergebnis der Datenerfassung ist der Ausdruck eines „Problemlatts“, das kurz nach dem Erstkontakt (Aufnahmeuntersuchung) vorliegt und einen schnellen Überblick über die individuelle Reha-Situation sowie eine Steuerung der Reha-Behandlung erlaubt (Tab. 3).

Um die unterschiedlichen Zugehörigkeiten in den entsprechenden Dokumentationsbögen widerzuspiegeln, erhielten sie eine Kennung aus 3 Zeichen, in denen das erste die Datenquelle Arzt oder Patient - A oder P - angibt. Die zweite Stelle bezeichnet das Modul (B=Basisblatt; O=oberer Gastrointestinaltrakt; U=unterer Gastrointestinaltrakt; L=Leber-Galle-Pankreas/parenchymatöse Organe; D=Diabetes und T=Onkologie sowie A=Arbeit).

Das 3. Zeichen beschreibt den Zeitpunkt der Datenerhebung, nämlich zu Reha-Beginn (1=Aufnahme) oder Reha-Ende (2=Entlassung).

So ist zu sehen, dass sich die Basiserhebung zusammensetzt aus einem Bogen AB1 (ausgefüllt vom Arzt, für alle Patienten, bei Aufnahme) und 4 Bögen PB1 (ausgefüllt von jedem Patienten zur Aufnahme) (Tab. 2).

Zusätzlich je nach betroffenem Organsystem ergeben sich 1-2 Bögen für die organspezifischen Aspekte.

Für die Entlassung ist zumeist ein arztbezogener Bogen notwendig, wobei die im Basismodul notwendigen zwei Blätter im wesentlichen dem Blatt 1 des gemeinsamen Entlassungsberichtes des VDR entsprechen, das damit automatisch erstellt werden kann, so dass auch hier keine eigentliche Mehrarbeit vorliegt, als Vorteil aber eine hausinterne Verfügbarkeit dieser Zahlen.

#### IV. Struktur Basisbogen

Als ein Beispiel sei auf die Inhalte des Basisblattes eingegangen, hier findet sich in 8 Fragen die Reha-Bedürftigkeit (eine Kurzform des IRES), zusätzlich folgen einige Fragen über Familie und Beruf sowie insgesamt 15 Fragen zum Thema Angst, Depression und Krankheitsbewältigung, die krankheitsspezifisch normiert erfasst werden und auffälligenfalls weitere Aktivitäten (Arztgespräch, psychologische Exploration oder Therapie) nach sich ziehen sollten. Regelmäßig wird zudem nach der Selbsteinschätzung eines Alkoholmissbrauchs gefragt und es werden 17 normierte Reha-Ziele angeboten, deren wichtigste - im Vergleich mit der ärztlichen Sicht - auch am Ende des Reha-Aufenthaltes (P-B-2-Bogen) auf ihren Erreichungsgrad geprüft werden. Einige allgemeine Fragen zur Veranlassung dieses Reha-Aufenthaltes, der bisher verstrichenen Zeit seit Antragstellung, der Arbeitsfähigkeit vor und nach einem eventuellen Rentenantrag schließen die Patientenbefragung zur Aufnahme ab. Vom Arzt werden zusätzliche Angaben erwartet zur Kooperation und Motivation des Patienten, zur Art dieses Reha-Verfahrens (AHB, Schulung, Normalverfahren, etc.) sowie zu den Reha-Zielen aus ärztlicher Sicht. Auf eine definitive Diagnose - kodiert nach ICD 10 - ist verzichtet worden, da sie zu Reha-Anfang häufig noch nicht ausreichend sicher bestimmbar ist, sondern allein der Beschwerde/Organbereich sollte genannt werden.

Zugleich werden diese Angaben mit den Stammdaten des Patienten, die in der Verwaltung vorliegen, zusammengeführt und ergeben ein Problemlatt (Tab. 2), dem führende Reha-Aspekte auf einen Blick zu entnehmen sind.

Nicht einfach war die Normierung der vielen individuellen Reha-Ziele. Frühere Vorschläge im Rahmen des VDR-Qualitätsmanagements erschienen zu umfangreich für eine regelhafte Erfassung, wir haben jedoch die Gliederung in organbezogene, psychosoziale und edukative Ziele beibehalten und sie auch nach empirischer Erprobung in insgesamt 17 Zielaspekte konzentriert, die in textlich unterschiedlicher Form dem Arzt und Patienten zur Auswahl vorgelegt werden.

#### V. Quellen

Die verschiedenen Frageinstrumente und Items greifen häufig zurück auf vorbekannte Instrumente, die zum Teil für den Reha-Bereich entwickelt worden sind (IRES, Angst-Depression-Coping). Für den organspezifischen Bereich sind viele Instrumente teilweise oder ganz übernommen worden, die im Akutbereich eingeführt sind (Tab. 4).

Über die Einbindung in die sehr unterschiedlichen vorhandenen Computer-Systeme der Kliniken und den damit erzielbaren Nutzen sowohl aktuell zur Arztbriefschreibung oder auch zur statistischen Auswertung siehe die Beiträge von Pollmann und Tuschhoff in diesem Heft.

Die Entwicklung der hier vorliegenden Basisdokumentation MEGAREDO wurde in den letzten 5 Jahren durch eine Arbeitsgruppe von 11 Personen in wechselnder Zusammensetzung erstellt. In etwa 20 Treffen mit ausführlicher Diskussion der theoretischen Struktur und mehrfacher Modifizierung der einzelnen Fragebögen ergab sich das vorliegende Erhebungsinstrument. In einem Probelauf an 4 Kliniken wurden Umsetzbarkeit und Vergleichbarkeit erprobt und hierüber auch berichtet (2). Es ist zu wünschen, dass dieses Instrument der Basisdokumentation durch die Benutzung in möglichst vielen Kliniken verbessert wird, sich in der Akzeptanz durchsetzt und damit einen verbesserten Standard in der Dokumentation der gastroenterologischen Reha ergibt, welcher der einzelnen Klinik neue und bisher nicht vorhandene Möglichkeiten der Auswertung erlaubt.

## Literatur

1. Biefang A, Potthoff P, Schliehe F. Assessmentverfahren für die Rehabilitation. 1999; Göttingen, Hogrefe
2. Kulzer B and the MEGAREDO-Study-Group. Documentation of metabolic-gastrointestinal rehabilitation. A new instrument for quality management. Deutsche Rentenversicherung 1998; 10: 164-165
3. Gerdes N, Jäckel WH. Der Ires-Fragebogen für Klinik und Forschung. Die Rehabilitation 1995; 34: 14-24
4. Bauer U (1994). Entwicklung eines Fragebogeninventars zur Erfassung von behandlungsrelevanten Problemen und Zielen von Diabetikern. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Otto-Friedrichs-Universität Bamberg
5. Ewing JA. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. JAMA 1983; 252, 14: 1905-1907
6. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht, Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin 1997
7. Karnowsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Maclead CM, editor. Evaluation of chemotherapeutic agents. Columbia University Press, 1947

8. Herschbach P, Henrich G. Probleme und Problembewältigung von Tumorpatienten in der stationären Nachsorge. Psychotherapie Pschosomatische Medizin Medizinische Psychologie 1987; 37: 185-192
9. Pugh RNH, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973; 60: 646-649
10. Eypasch E, Wood-Dauphinée S, Williams JI, Ure B, Neugebauer E, Troidl H. Der Gastrointestinale Lebensqualitätsindex (GLQI). Ein klinimetrischer Index zur Befindlichkeitsmessung in der gastroenterologischen Chirurgie. Chirurg 1993; 64: 264-274
11. Savary M, Miller G. Der Oesophagus, Lehrbuch und endoskopischer Atlas. Gassmann, Solothurn; 1977
12. Best WR, Beckett JM, Singleton JW, Kern F. Development of a Crohn's disease activity index. Gastroenterology 1976; 70: 439-44
13. Rachmilewitz D. Coated mesalazine (5-aminosalicylic acid) versus sulphasalazine in the treatment of active ulcerative colitis: a randomised trial. Brit. Med. J. 1989; 298: 82-86
14. Jostarndt L. Die anale Kontinenz und ihre Störung. Die Gastroenterologische Reihe, Band 24, Kali-Chemie. Hannover; 1986
15. Kruis W, Thieme Ch, Weinzierl M, Schüssler P, Holl J, Paulus W. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. Gastroenterology 1984; 87: 1-7

16.Diab care

17.Willms B. Jahrestagung der ADDK. Diabetes und Stoffwechsel 1999; 8: 165-167

- Tab. 1        MEGAREDO: Einbindung in ICIDH und Qualitätsmanagement
- Tab. 2        MEGAREDO - STRUKTUR
- Tab. 3        Problemlblatt aus dem Modul Basis und Arbeit
- Tab. 4        Quellen / Scores

# MEGAREDO STRUKTUR

<i>BASIS</i>				<b>A</b>	<b>O</b>		<b>U</b>		<b>L</b>		<b>D</b>		<b>T</b>	
				Arbeit	oberer G-I-Trakt		Unterer G-I-Trakt		Leber/Galle/ Pankreas		Diabetes		Onkologie	
	Arzt	Pat.		Pat.	Arzt	Pat.	Arzt	Pat.	Arzt	Pat.	Arzt	Pat.	Arzt	Pat.
<b>Aufn.</b>	<b>A-B1</b> 1	<b>P-B1</b> 4		<b>P-A1</b> 2	<b>A-O1</b> 1	<b>P-O1</b> 1			<b>A-L1</b> 1	-	<b>A-D1</b> 1	<b>P-D1</b> 1	<b>A-T1</b> 2	<b>P-T1</b> 2
<b>Problem</b>			<b>1</b>											
<b>Entl.</b>	<b>A-B2</b> 2	<b>P-B2</b> 1		-	<b>A-O2</b> 1	-			<b>A-L2</b> 1	-	<b>A-D2</b> 2	-	<b>A-T2</b> 2	<b>P-T2</b> 2

# Quellen / Scores

## Basis

<b>Ziele</b>	(MEGAREDO)
<b>Ihres</b> (short form)	(Gerdes, Jäckel)
<b>Angst</b>	
<b>Depression</b>	
<b>Coping</b>	
<b>Alkohol</b>	(Cage)
<b>Diagnose</b>	(ICD 10)
<b>empf. Maßnahm.</b>	(VDR-E-Bericht)

## Onko

<b>TNM, G, R</b>	(WHO)
<b>Lebensqualität</b>	(Karnofski)
<b>Befinden</b>	
<b>empf. Maßnahm.</b>	(VDR-E-Bericht)

## Leber/Galle/Pankreas

**Labor / Klinik** (Child-Pugh)

## oberer GI-Trakt

**Lebensqualität** (GLQI, Eypasch)

**Ösophagitis** (Savary-Miller)

## unterer GI-Trakt

**Entzündung** (Best, Rachmilewitz)

**Inkontinenz** (Keller – Jostarndt)

**Irritables Kolon** (Kruis)

## Diabetes

**Diab care**

**Fallgruppen** (DDG)

**stat. standard** (ADDK)

**Dokumentation**

