

# **MED Handbuch**

**Version 4.0**



**Alcedis GmbH**

**Winchesterstraße 3**

**35394 Gießen**

**Telefon 0641/94436-550**

**Fax 0641/94436-70**

## Inhalt

1	Einführung .....	7
2	Anmeldung am System.....	8
3	Oberflächenbedienung.....	9
3.1	Symbole .....	9
3.2	Menüführung .....	14
3.3	Suchfelder.....	15
3.4	Filterfunktion.....	16
4	Rollen/Rechte (Rechtsystem) .....	18
4.1	Rolle Supervisor.....	22
4.1.1	Benutzerverwaltung .....	22
4.1.2	Vorlagen nachträglich bearbeiten .....	27
4.1.3	Patienten löschen .....	28
4.1.4	Konferenz nachträglich öffnen .....	29
4.1	Rolle Dokumentar.....	29
4.2	Rolle Datenmanager .....	29
4.2.1	Erkrankung Löschen .....	30
4.2.2	Formulare oder Erkrankungen abschließen .....	31
4.3	Rolle Moderator .....	31
4.4	Rollen Strahlentherapeut, Therapeut systemische Therapien, Pathologe, Radiologe, Niedergelassener Arzt .....	32
4.5	Rolle Nur-Lesen .....	32
5	Vorlagen .....	33
5.1	Arzt .....	33
5.2	Organisation .....	34
5.3	Therapie.....	34
5.3.1	Therapie definieren: Beispiel Chemotherapie .....	35
5.4	Studie.....	37
5.5	Labor.....	38
5.5.1	Verwendete Vorlage inaktiv setzen .....	40
5.6	Fragebogen.....	41
5.7	Krankenversicherung.....	41
5.8	Eigene ICD 10 Labels.....	41
5.9	Eigene OPS Labels.....	42

5.10	Eigene ICD-O-3.....	42
5.11	Eigene Auswertungen.....	43
6	Patientendokumentation .....	44
6.1	Patientenliste .....	44
6.2	Patienten Hinzufügen Liste.....	44
6.3	HL7 Import.....	45
	Vollautomatischer Import.....	46
	Halbautomatischer Import.....	46
	Manueller Import .....	46
	Vorlagen - Krankenversicherung .....	46
	Mitbehandler sowie Vorlagen - Arzt .....	46
6.4	Patientenübersicht .....	47
6.4.1	Stammdaten .....	48
6.4.2	Erkrankung.....	48
6.4.3	Behandler .....	48
6.4.4	Aufenthalt.....	49
6.4.5	Abschluss .....	49
6.4.6	Fotos des Patienten.....	50
6.5	Erkrankungsübersicht.....	51
6.6	Formulare der Erkrankungsübersicht.....	52
6.6.1	Anamnese.....	52
6.6.2	Tumorstatus .....	53
6.6.3	Untersuchung .....	56
6.6.4	Labor.....	58
6.6.5	Diagnose .....	58
6.6.6	Eingriff .....	60
6.6.7	Komplikation.....	63
6.6.8	Histologie .....	63
6.6.9	Zytologie .....	65
6.6.10	Konferenz .....	65
6.6.11	Therapieplan.....	68
6.6.12	Therapieplanabweichung .....	69
6.6.13	Systemische Therapie .....	69
6.6.14	Systemische Therapie Zyklus .....	70

6.6.15	Systemische Therapie Zyklustag.....	71
6.6.16	Strahlentherapie.....	71
6.6.17	Sonstige Therapie .....	72
6.6.18	Nebenwirkung .....	72
6.6.19	Begleitmedikation .....	72
6.6.20	Studienteilnahme .....	72
6.6.21	Beratung/Betreuung.....	72
6.6.22	Foto.....	73
6.6.23	Brief .....	73
6.6.24	Termin .....	74
6.6.25	Meldung Krebsregister.....	74
6.6.26	Fragebogen.....	74
6.6.27	Nachsorge.....	75
7	Status.....	76
7.1	Ampelsystem .....	76
7.1.1	Patientenliste.....	77
7.1.2	Patientenübersicht .....	78
7.1.3	Erkrankungsübersicht.....	78
7.2	Status bearbeiten .....	79
7.3	Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen.....	81
7.4	Abschließen erfasster Daten .....	84
7.4.1	Abschließen/Öffnen .....	84
8	Konferenzen .....	87
8.1	Interdisziplinäre oder abteilungsspezifische Tumorkonferenz .....	87
8.1.1	Beispiel: Patientenzuordnung einer abteilungsspezifische prätherapeutische Konferenz	88
8.1.2	Beispiel: Patientenzuordnung einer interdisziplinären Tumorkonferenz .....	88
8.2	Konferenz als Datenmanager/Dokumentar .....	88
8.2.1	Möglichkeiten zur Konferenz .....	88
8.3	Konferenz als Supervisor, Strahlentherapeut, Therapeut systemische Therapien, Pathologe, Radiologe, Niedergelassener Arzt, nur-Lesen-Rolle.....	89
8.3.1	Möglichkeiten zur Konferenz .....	89
8.4	In die Konferenz als Teilnehmer einloggen .....	89
8.4.1	Menüführung der Konferenz.....	89
8.4.2	In der Konferenz als Teilnehmer .....	90

8.5	Die Konferenz als Moderator .....	91
8.5.1	Aufgaben .....	91
8.5.2	Abgeschlossene Konferenz nachbereiten .....	102
9	Termine .....	103
10	Auswertungen .....	105
10.1	*Z01 Detailangaben zu den zertifizierungsrelevanten Fällen .....	106
10.1.1	Setzen eines Autofilters in Excel (Beispiel für Excel 2010) .....	106
10.2	*Z02 Kennzahlenbogen .....	108
10.3	*Z03 ergänzende Auswertungen.....	108
10.4	*Z04 Nachsorge .....	108
10.5	*Z05 Matrix Ergebnisqualität .....	108
10.6	*Z06 Kennzahluzuordnung.....	109
10.7	Hilfetexte .....	110
10.7.1	Aufbau eines Hilfetextes .....	110
10.8	Eigene Auswertungen.....	112
11	Extras .....	113
11.1	Passwort ändern.....	113
11.2	Release-Notes.....	113
11.3	CSV <sup>1</sup> -Datei exportieren.....	114
11.4	Krebsregister Export.....	115
11.4.1	Basiskriterien für den Krebsregisterexport .....	115
11.5	Weitere Exporte .....	115
12	DMP Meldung (Disease Management Programm) alt .....	116
12.1	Das DMP Formular dokumentieren .....	116
12.2	Versenden der DMP-Dokumente .....	119
12.2.1	Dateidownload .....	121
12.2.2	Einzelergebnisse Erstdokumentation und Einzelergebnisse Folgedokumentation ...	121
12.2.3	Fehlerhafter DMP-Export .....	122
13	Tipps zur Dokumentation für die Zertifizierung .....	123
14	Konfigurationsmöglichkeiten/Kundenspezifische Anpassungen .....	124
14.1	Top Ten .....	124
14.2	Sichtbarkeit von Feldern.....	124
14.3	HL7 Schnittstelle.....	124
14.4	Tumorkonferenzprotokolle .....	124

14.5	Arztbriefe.....	125
14.6	Histologieformular Prostata (Prostatastanze).....	125
14.6.1	Eine Stanze pro Region.....	126
14.6.2	Fünf Stanzen pro Region (Ausschnitt) .....	127
15	Änderungen.....	128
15.1.1	Migration von MED 3 zu MED 4 .....	128
16	Weiterhelfende Internetadressen.....	129
16.1	DKG .....	129
16.2	Onkozert.....	129
16.3	DIMDI.....	129
17	Anhang.....	132
17.1	E-Mail: Einladung zur Tumorkonferenz.....	132
17.2	Tumorkonferenzprotokoll .....	132
17.3	Arztbrief.....	138
17.4	Terminbrief.....	141
18	Herausgeber .....	142

## 1 Einführung

Alcedis MED ist eine Online-Tumordokumentation für Kliniken mit dem Ziel der Zertifizierung zum Krebszentrum über die DKG.

Die dokumentierten Daten werden auf einem zentralen Server gespeichert, sodass Sie sich an jedem internetfähigen Computer Ihrer Klinik anmelden und von dort aus Daten abrufen oder eingeben können.

Das System ist im Aufbau für alle Erkrankungen gleich. Auch die Formulare und Formularfelder sind - bis auf einzelne erkrankungsspezifische Angaben- identisch. Dies erleichtert es Ihnen sich bei der Dokumentation mehrerer Erkrankungen schnell zurechtzufinden. Grundsätzlich können Sie in Alcedis MED alle Tumorerkrankungen dokumentieren. Welche Erkrankungen in Ihrer Klinik zur Verfügung stehen, ist vertragsabhängig. Die Erkrankungen sind folgendermaßen gegliedert:

- Brust
- Darm
- Gynäkologische Tumore
- Haut
- Kopf und Hals
- Leber und Galle
- Leukämie
- Lunge
- Lymphom
- Magen
- Neurologische Tumore
- Ösophagus
- Pankreas
- Prostata
- Sonstiger nicht solider Tumor
- Sonstiger solider Tumor (kann ggf. in Niere, Hoden oder Harnblase detailliert werden.)

Bitte beachten Sie, dass in den Screenshots dieses Handbuches einzelne erkrankungsspezifische Felder enthalten sind, die in Ihrem Formular nicht vorhanden sind, oder dass Sie in Ihrem Formular Felder vorfinden, die in den abgebildeten Screenshots nicht vorhanden sind.

**Die Tumordokumentation soll keine Patientenakte darstellen, sondern Daten für die Zertifizierung bzw. für Datenexporte zur Verfügung stellen.**

## 2 Anmeldung am System

In das System anmelden kann sich jeder User, der ein Passwort und ein Recht von einem Supervisor erhalten hat.

Die Anmeldeseite erreichen Sie unter der Ihrer Klinik zugeordneten Web-Adresse (URL). Bitte erfragen Sie diese in Ihrer EDV Abteilung.

Geben Sie in die entsprechenden Felder Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort ein und melden Sie sich über den Button „Login“ im System an.

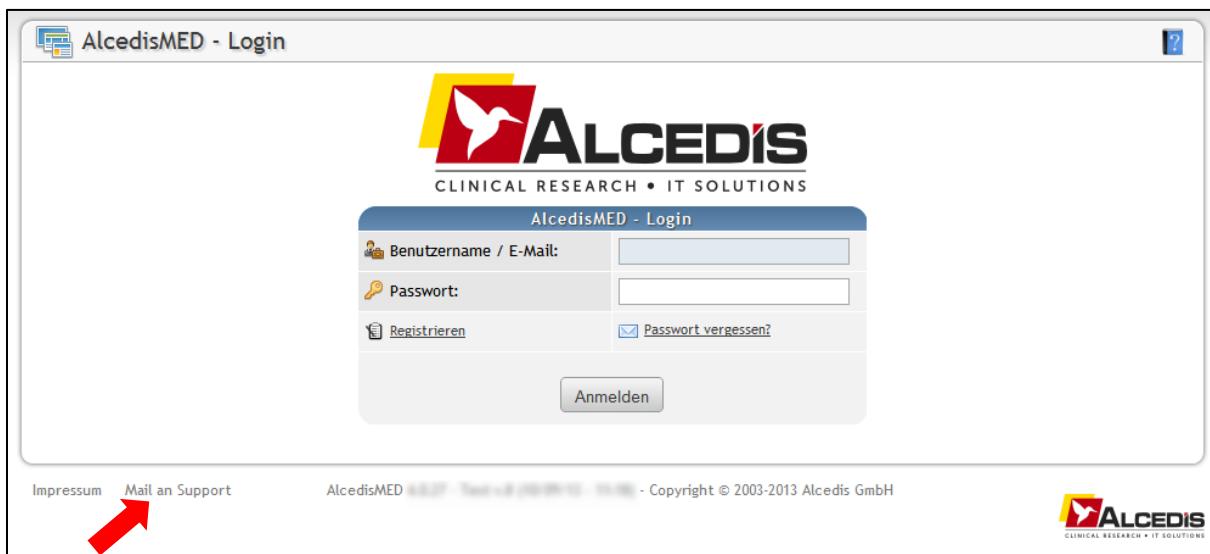


Abbildung 1: Screenshot zur Anmeldung

Eine Besonderheit stellt die erste Anmeldung dar: Sie werden gebeten Ihr zugeteiltes Passwort zu ändern. Sobald dies geschehen ist, müssen Sie sich mit dem neuen Passwort erneut am System anmelden. Wie Sie ihr Passwort ändern können, ist im Kapitel 11.1 erklärt.

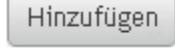
Sollten Sie Ihr Passwort vergessen haben, kontaktieren Sie bitte den für die Alcedis MED Tumordokumentation zuständigen Supervisor Ihrer Klinik, oder senden Sie eine E-Mail an „med-support@alcedis.de“ mit der Angabe zu welcher Klinik Sie gehören.

Nach dem Anmelden können Sie entsprechend den Ihnen erteilten Rechten wählen, in welcher Rolle Sie arbeiten möchten.

### **3 Oberflächenbedienung**

Die Oberfläche ist für viele Rollen und für verschiedene Erkrankungen gleich aufgebaut. Im Folgenden werden Ihnen die wichtigsten Symbole der Anwendung aufgelistet.

#### **3.1 Symbole**

<b>Symbol</b>	<b>Funktion</b>
	<b>Ausloggen</b> aus dem System
	<b>Rolle wechseln</b>
	Über diese Auswahl gelangen Sie in der gewählten Rolle in die Patientendokumentation oder Konferenz.
	<b>Hinzufügen:</b> Ein Patient oder ein neues Formular wird angelegt.
Suche: <input type="text"/>   Nachname: <input type="text"/> Vorname: <input type="text"/> Geb.-Datum: <input type="text"/> Erst.-Datum: <input type="text"/> Pat.-Nr.: <input type="text"/> Erkrankungen: <input type="text"/> Status: <input type="text"/>   <input type="button" value="Suche"/>	<b>Suchen:</b>  Sucht in verschiedenen Bereichen nach vollständigen Worten und auch nach Wortteilen bzw. Silben (vgl. Kapitel 3.3).  Kombinierte Suchen sind möglich.
Suche: <input type="text" value="Mustermann"/> 	<b>Suchen ausschalten:</b>  Sie können den Suchtext über den Cursor löschen oder das rote X anwählen.  Die Suchkriterien bleiben so lange aktiv, bis Sie sie wieder ausschalten.
	Eine Seite nach vorne oder hinten <b>blättern</b>

	Zur ersten bzw. letzten Seite <b>blättern</b>
	Eine Ebene höher navigieren: Beim Betätigen der "Zurück" - Taste werden geänderte Daten nicht gespeichert.
	<b>Anzahl der Formulare</b> , die pro Seite angezeigt werden. Auswahl zwischen 10, 25 oder 50 Formularen.
	<b>Bearbeiten/Ändern:</b> Ein angelegtes Formular kann bearbeitet bzw. geändert werden.
	Zeigt das <b>Geschlecht des Patienten</b> in der Erkrankungsübersicht an.
	Zeigt das <b>Geschlecht des Patienten</b> in der Patientenübersicht an.  Grau= kein Geschlecht in den Stammdaten zugeordnet  Blau= männlich  Rosa= weiblich
	<b>Filtern</b> (vgl. Kapitel 3.4)
	<b>Filter entfernen</b> Schaltet alle gesetzten Filter auf einmal aus.
	Ein <b>Formularfilter</b> ist gesetzt.
	Hinzufügen eines <b>neuen Formulars</b> oder eines Patienten.
	Hinzufügen eines <b>neuen Formulars</b> , das direkt einem bereits dokumentierten Formular zugeordnet wird .
	<b>Nicht abgeschlossenes Formular</b> Das Formular kann je nach Rolle eingesehen und bearbeitet werden. (vgl. Kapitel 7.4.1)

4/15 	<b>Anzahl abgeschlossener/dokumentierter Formulare</b>  In diesem Beispiel sind 15 Formulare dokumentiert, von denen 4 abgeschlossen sind.
	<b>Abgeschlossenes Formular</b>  Das Formular ist abgeschlossen und kann nur von einem Datenmanager wieder geöffnet werden. Solange es abgeschlossen ist können alle Rollen das Formular nur einsehen, aber nicht bearbeiten.
   	<b>Ampelsystem:</b> (vgl. Kapitel 7.1)  <b>rot:</b> Es ist noch keine Erkrankung angelegt oder in mindestens einer Erkrankung wurde kein Tumorstatus angelegt.  <b>gelb:</b> In den hinterlegten Formularen sind in mindestens einer Erkrankung offene Plausibilitätskontrollen noch nicht bearbeitet.  <b>blau:</b> Kriterien wie "gelb", jedoch wurden die entsprechenden Formulare trotzdem abgeschlossen.  <b>grün:</b> In keiner dokumentierten Erkrankung liegen unvollständige oder nicht plausible Daten vor.
	<b>Sortieren</b> von Formularen auf- oder absteigend.
	Zeigt alle <b>Fotos</b> dieses Patienten an
	Wechsel in die <b>Baumansicht</b> aller dokumentierten Formulare.
	Wechsel in die <b>Listenansicht</b> aller dokumentierten Formulare.
*	<b>Muss Feld</b> Ein Abspeichern ohne Füllung dieses Feldes ist nicht möglich, es kommt zu einer Fehlermeldung. Eingabe erfolgt manuell <u>oder</u> automatisch.
+	Kennzeichnet <b>bedingte Muss-Felder</b> ; falls ein mit * gekennzeichnetes Feld bereits positiv beantwortet wurde, werden andere mit diesem Feld im Zusammenhang stehende Felder mit + kennzeichnet.

Feldbezeichnung	Highlighting
	Felder deren Feldbezeichnung farblich besonders hervorgehoben ist, werden für die Auswertungen oder Exporte herangezogen und sollten darum ausgefüllt werden.
	Gibt Ihnen einen <b>Hinweis</b>
	<b>Warnung</b> Nicht plausible Dateneingabe oder für Auswertungen und Exporte fehlende Daten. Speichern des Formulars ist trotzdem möglich.
	<b>Fehlermeldung</b> Das Formular kann nicht abgespeichert werden, folgen Sie den Anweisungen.
	Folgende <b>Datumsangaben</b> können eingegeben werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TT.MM.JJ</li> <li>• TTMMJJJJ</li> <li>• TTMMJJ</li> </ul> <p>Die Datumsangabe ist ein Pflichtfeld und muss tagesgenau angegeben werden. Wenn das Datum unbekannt ist, geben Sie bitte die bestmögliche Schätzung an.</p> <p>Tag unbekannt: Bitte den 15. des Monats angeben (im Februar den 14. eintragen).</p> <p>Monat unbekannt: Tag und Monat bitte als 01. Juli angeben.</p>
	<b>Kalender:</b> Ein Kalender wird angezeigt. Das gewählte Datum wird in das entsprechende Feld übernommen.
	<b>Ärztepicker:</b> Alle hinterlegten Ärzte können über Namen gesucht und ausgewählt werden.
	Über den <b>Codepicker</b> öffnet sich ein entsprechender offizieller Katalog (ICD-10-, ICD-0-3-Morphologie, ICD-O-3 Topologie, OPS-Liste oder NCI-Liste)
	Bitte das Formular immer mit " <b>Speichern</b> " verlassen.
	<b>Abbrechen:</b> Weitere Option das Formular ohne Änderungen der Daten zu Verlassen.
	Vorsicht! " <b>Löschen</b> " führt zum Löschen des gesamten Formulars samt Inhalt.

	Löschen eines Listeneintrages (ICD-10, ICD-O-3, OPS, NCI) oder eines Unterformulars.
Tastenkombination Strg p	<b>Drucken:</b> Das aktuelle Formular auf Ihrem Bildschirm kann bei installiertem Drucker ausgedruckt werden.
	Betreten der <b>Onlinekonferenz</b> . (vgl. Kapitel 0)
	Zeigt die <b>Anzahl der Patienten</b> in einer Konferenz und öffnet die Patientenliste der Konferenz.
	Anzeige mit Druckoption von <b>Sammeldokumenten</b> im Dateityp PDF.
	Es sind keine druckbaren Dokumente verfügbar.
	Öffnet die Liste der <b>Dokumente</b> einer Konferenz.
	Öffnet die <b>Teilnehmerliste</b> der Konferenz
	Einzelne Teilnehmer der Konferenz <b>zuweisen</b>
	Die <b>abgeschlossene Onlinekonferenz</b> kann nicht mehr betreten werden. Hinter dem Symbol befindet sich eine Übersicht der Patienten, Dokumente und Teilnehmer der Konferenz.
	Die <b>abgeschlossene Konferenz</b> kann nicht mehr bearbeitet werden.
	Wechselt von der <b>Anzeige aller Termine</b> zur Anzeige der Termine an die erinnert werden soll.
	Öffnet ein <b>Dokument</b> im Dateityp pdf.
	Öffnet ein <b>Dokument</b> im Dateityp doc.
	Öffnet ein <b>Dokument</b> im Dateityp xls.
	Öffnet ein <b>Hilfedokument</b> zu einer Auswertung.
	Symbol edemp: Zur Erstellung von DMP Folgeformularen

Tabelle 1: Auflistung aller Symbolfelder im Alcedis MED System.

## 3.2 Menüführung

Die jeweiligen Menüführungen sind im folgenden Screenshot aufgelistet und erläutert:

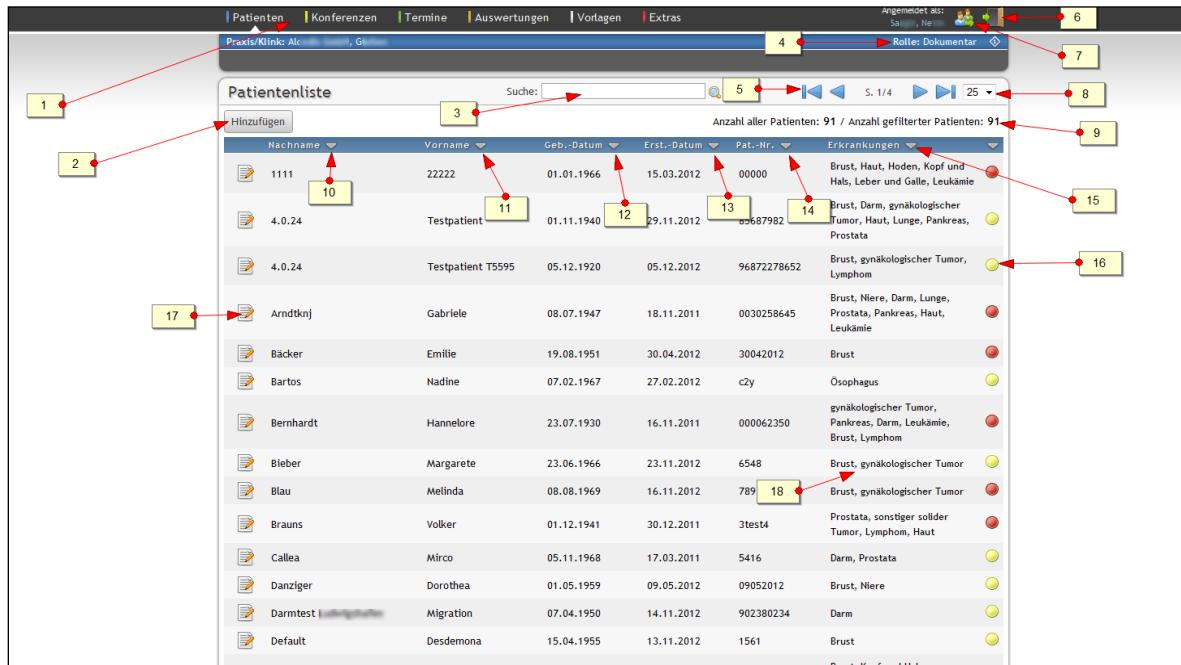


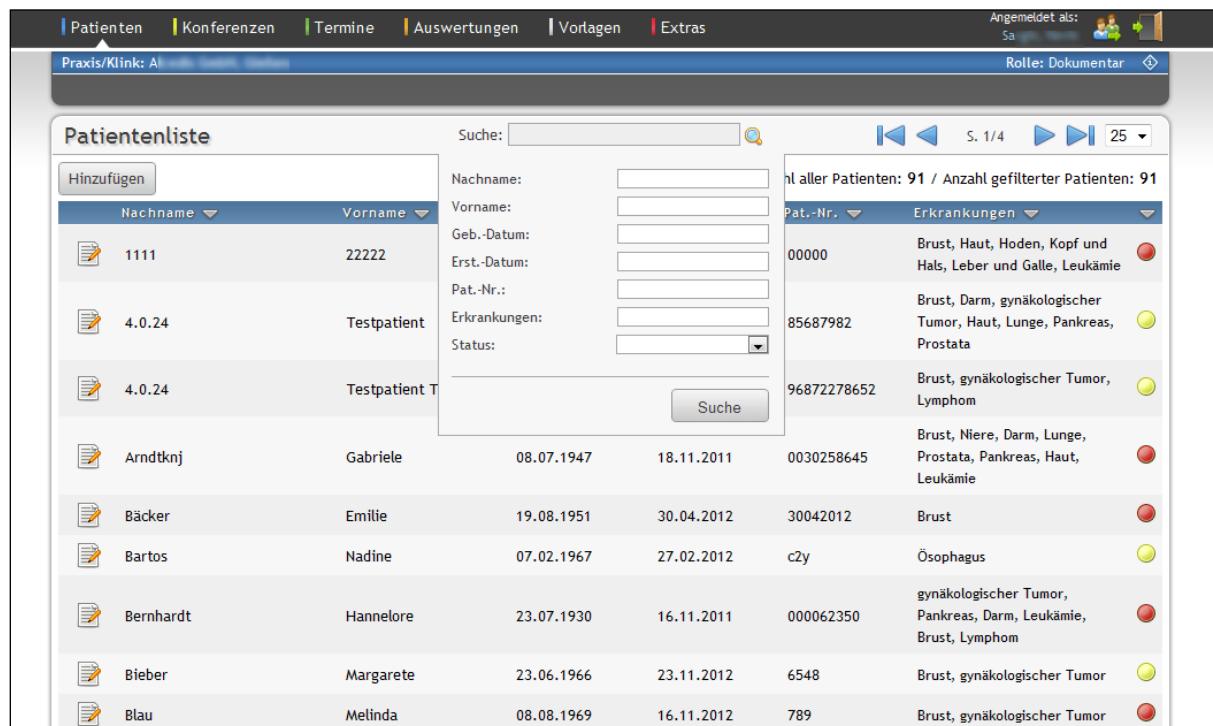
Abbildung 2: Screenshot zur Menüführung.

1. Menüleiste, zeigt einzelne Menüpunkte an
2. Hinzufügen von Patienten, dessen Stammdaten bereits hinterlegt sind, die aber keiner Erkrankung zugewiesen sind, oder einer Erkrankung zugewiesen sind, zu der ich keine Rechte habe.
3. Suchfeld
4. Anzeige in welcher Rolle Sie sich gerade befinden
5. Seite blättern
6. Abmeldung aus dem System
7. Button um zur Rollenauswahl zurück zu gelangen
8. Anzahl der angezeigten Patienten auf dieser Seite
9. Zeigt die Anzahl der im System dokumentierten Patienten Ihrer Rechte an und zeigt die Anzahl der Patienten an, die von der Suche (4) gefiltert wurden.
10. Patienten sortieren nach Nachname
11. Patienten sortieren nach Vorname
12. Patienten sortieren nach Geburtsdatum
13. Patienten sortieren nach Erstellungsdatum ( konfigurierbar mit Patientennummer und Aufnahmenummer)
14. Patienten sortieren nach Patienten Nummer (konfigurierbar mit Aufnahmedatum und Erstellungsdatum)
15. Patienten sortieren nach Erkrankung
16. Status der Patientendokumentation
17. Bearbeiten des Patienten
18. Erkrankungsart des Patienten

Anwendungshinweis: Bitte navigieren Sie innerhalb der Dokumentation nicht mit der „zurück“ -Taste des Browsers. Formulare verlassen Sie sicher mit „Speichern“, „Abbrechen“ oder der „Zurück“ –Taste von Alcedis. Andernfalls können Daten verloren gehen.

### 3.3 Suchfelder

In den Suchfeldern, in denen sich ein Untermenü öffnet, haben Sie die Möglichkeit einzeln oder kombiniert nach den angezeigten Suchkriterien zu suchen. Gesucht werden kann nicht nur nach Wortanfängen, sondern auch nach Wortteilen innerhalb eines Wortes.

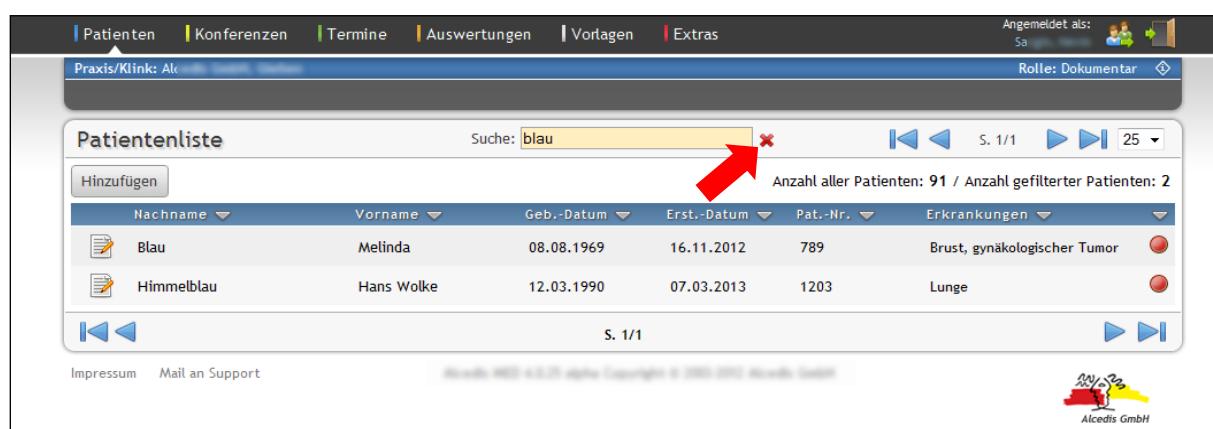


The screenshot shows the 'Patientenliste' search interface. On the left, there's a list of patients with columns for Nachname, Vorname, Geb.-Datum, Erst.-Datum, Pat.-Nr., and Erkrankungen. On the right, there's a detailed view of patient data with columns for Pat.-Nr. and Erkrankungen. A search bar at the top contains the text 'Suche: blau'. A red arrow points to the search bar.

Patientenliste		Suche: blau			
Nachname	Vorname	Geb.-Datum	Erst.-Datum	Pat.-Nr.	Erkrankungen
1111	22222			00000	Brust, Haut, Hoden, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie
4.0.24	Testpatient			85687982	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Lunge, Pankreas, Prostata
4.0.24	Testpatient T			96872278652	Brust, gynäkologischer Tumor, Lymphom
Arndtnj	Gabriele	08.07.1947	18.11.2011	0030258645	Brust, Niere, Darm, Lunge, Prostata, Pankreas, Haut, Leukämie
Bäcker	Emilie	19.08.1951	30.04.2012	30042012	Brust
Bartos	Nadine	07.02.1967	27.02.2012	c2y	Ösophagus
Bernhardt	Hannelore	23.07.1930	16.11.2011	000062350	gynäkologischer Tumor, Pankreas, Darm, Leukämie, Brust, Lymphom
Bieber	Margarete	23.06.1966	23.11.2012	6548	Brust, gynäkologischer Tumor
Blau	Melinda	08.08.1969	16.11.2012	789	Brust, gynäkologischer Tumor

Abbildung 3: Screenshot zur Benutzung des Suchmenüs.

Beispiel: Geben Sie als Suchbegriff „blau“ bei Nachname ein, findet die Suche sowohl alle Patienten Blau, als auch den Patienten Himmelblau.



The screenshot shows the 'Patientenliste' search interface after entering 'blau' in the search bar. The results list shows two patients: 'Blau' and 'Himmelblau'. A red arrow points to the search bar.

Patientenliste		Suche: blau			
Nachname	Vorname	Geb.-Datum	Erst.-Datum	Pat.-Nr.	Erkrankungen
Blau	Melinda	08.08.1969	16.11.2012	789	Brust, gynäkologischer Tumor
Himmelblau	Hans Wolke	12.03.1990	07.03.2013	1203	Lunge

Abbildung 4: Screenshot für Beispielsuche.

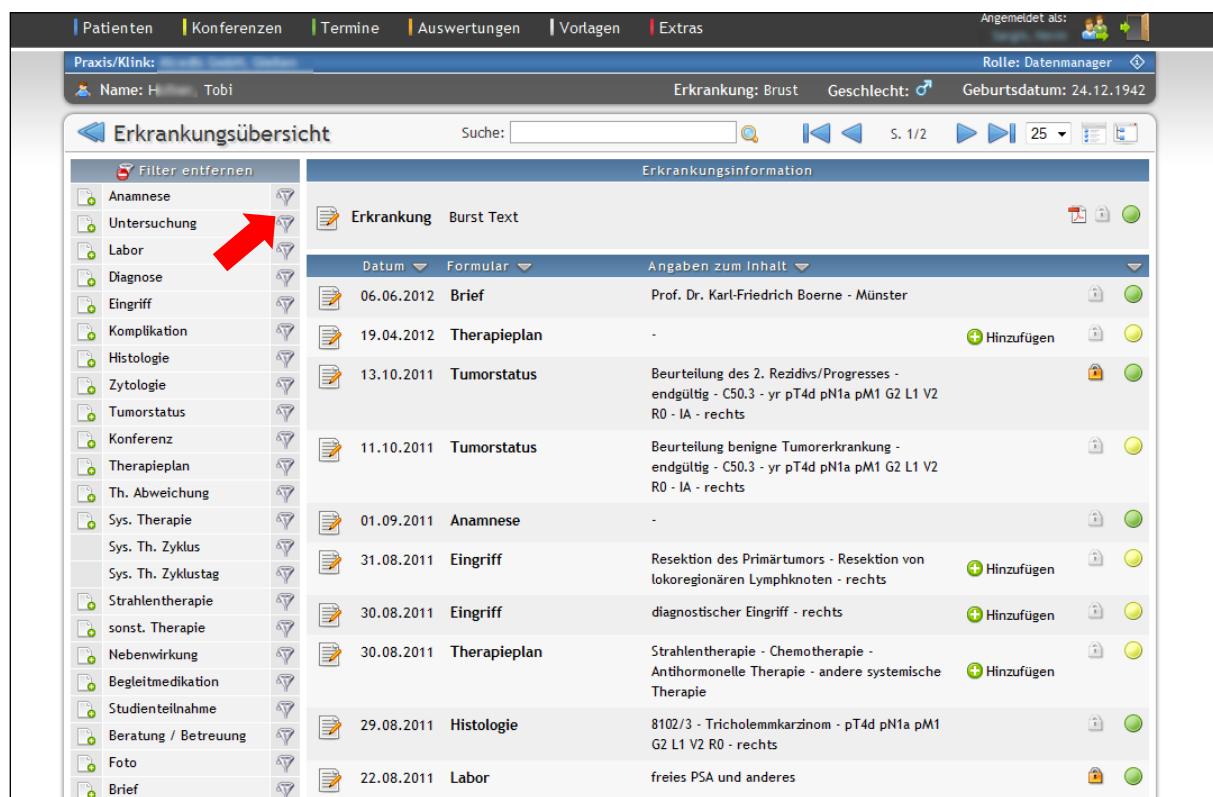
 Bitte beachten Sie, dass die Suchfunktion so lange aktiv bleibt, bis Sie sie über das rote X ausschalten.

Dies gilt für alle Suchfunktionen und auch die eingeschalteten Filter bleiben so lange aktiv, bis sie entfernt werden.

### 3.4 Filterfunktion

Um einen guten Überblick über bereits dokumentierte Formulare zu erhalten, können Sie sich nur bestimmte Formulare anzeigen lassen. Dazu setzen Sie in der Formularliste für die Formulare, die Sie sich anzeigen lassen möchten, einen Filter indem Sie das Filtersymbol anwählen.

Nach Setzen des Filters werden Ihnen in diesem Beispiel nur die Untersuchungsformulare angezeigt:



The screenshot shows the 'Erkrankungsübersicht' (Disease Overview) screen. In the top navigation bar, the user is logged in as 'Angemeldet als: [User Icon] Tobi' with the role 'Datenmanager'. The search bar contains 'Name: H... Tobi'. The filter settings are set to 'Erkrankung: Brust', 'Geschlecht: ♂', and 'Geburtsdatum: 24.12.1942'. The main area displays a table of 'Erkrankungsinformation' (Disease Information) with columns for 'Datum', 'Formular', and 'Angaben zum Inhalt'. The sidebar on the left lists various document types with filter icons: Anamnese, Untersuchung (highlighted with a red arrow), Labor, Diagnose, Eingriff, Komplikation, Histologie, Zytologie, Tumorstatus, Konferenz, Therapieplan, Th. Abweichung, Sys. Therapie, Sys. Th. Zyklus, Sys. Th. Zyklustag, Strahlentherapie, sonst. Therapie, Nebenwirkung, Begleitmedikation, Studienteilnahme, Beratung / Betreuung, Foto, and Brief. The table data includes entries for 'Burst Text' (06.06.2012, Brief, Prof. Dr. Karl-Friedrich Boerne - Münster), 'Therapieplan' (19.04.2012), 'Tumorstatus' (13.10.2011, Beurteilung des 2. Rezidivs/Progresses - endgültig - C50.3 - yr pT4d pN1a pM1 G2 L1 V2 R0 - IA - rechts), 'Tumorstatus' (11.10.2011, Beurteilung benigne Tumorerkrankung - endgültig - C50.3 - yr pT4d pN1a pM1 G2 L1 V2 R0 - IA - rechts), 'Anamnese' (01.09.2011), 'Eingriff' (31.08.2011, Resektion des Primärtumors - Resektion von lokoregionären Lymphknoten - rechts), 'Eingriff' (30.08.2011, diagnostischer Eingriff - rechts), 'Therapieplan' (30.08.2011, Strahlentherapie - Chemotherapie - Anthormonelle Therapie - andere systemische Therapie), 'Histologie' (29.08.2011, B102/3 - Tricholemmkarzinom - pT4d pN1a pM1 G2 L1 V2 R0 - rechts), and 'Labor' (22.08.2011, freies PSA und anderes).

Abbildung 5: Screenshot zur Erklärung der Filterfunktion

Anhand des grünen Häkchens erkennen Sie, welche Filter Sie gesetzt haben. Sie können beliebig viele Filter gleichzeitig setzen. Möchten Sie einzelne Filter wieder aufheben, wählen Sie das grüne Häkchen an. Möchten Sie alle gesetzten Filter auf einmal entfernen können Sie dies über das „Filter entfernen“ Symbol tun:

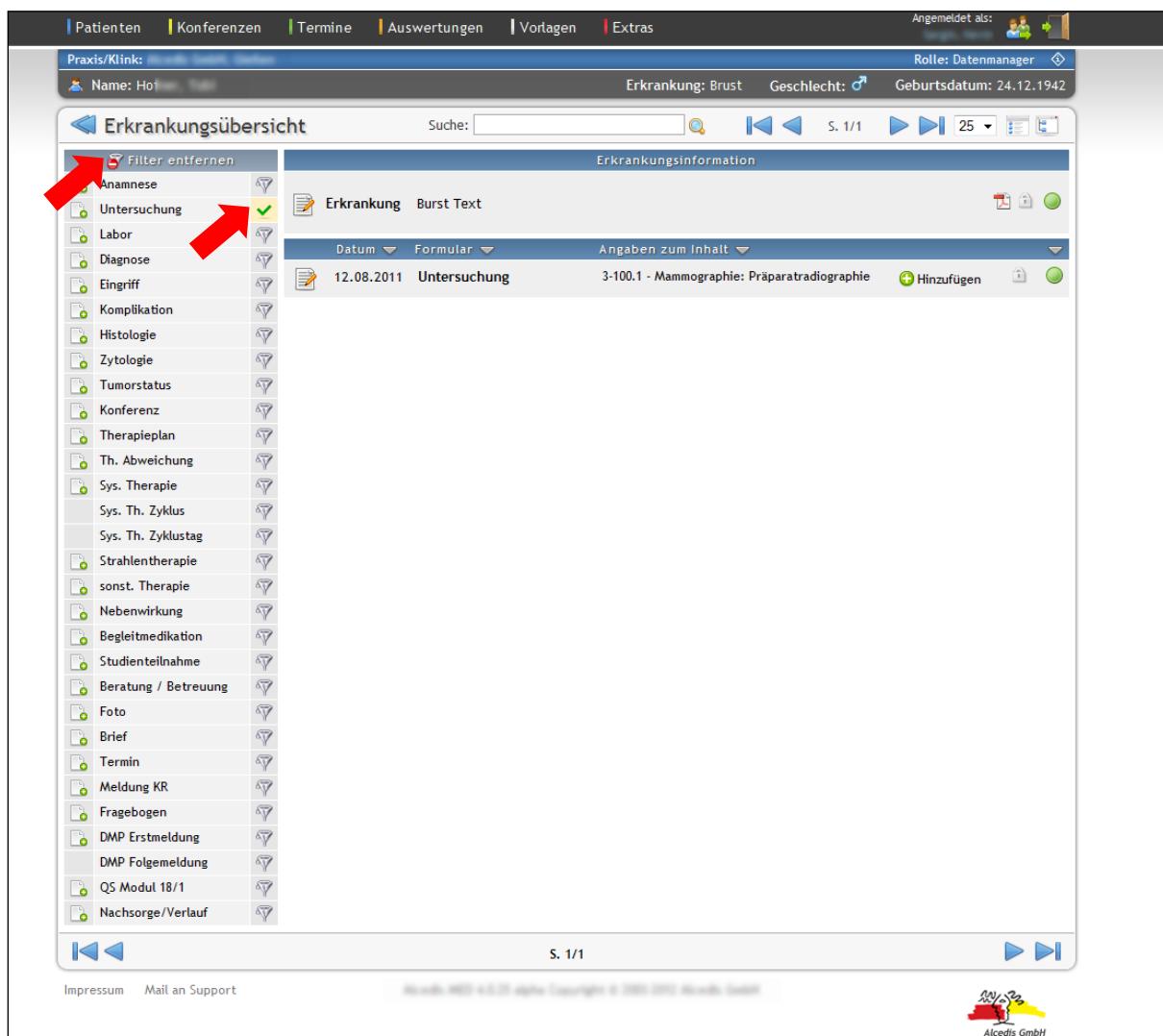
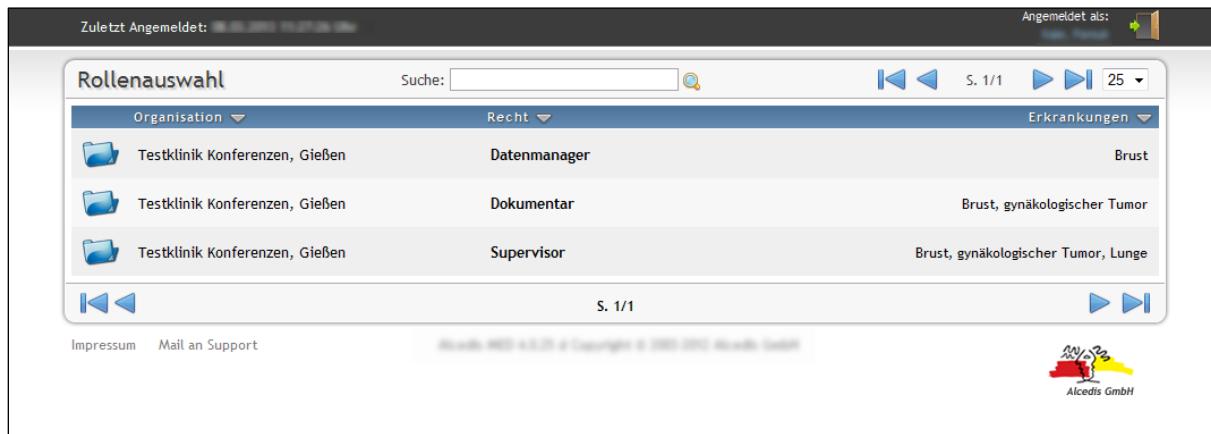


Abbildung 6: Screenshot für die Ansicht eines gesetzten Filters.

Sie können diese gefilterten Formulare zusätzlich zum Beispiel nach Datum auf- oder absteigend sortieren oder mit dem Suchfeld kombinieren.

## 4 Rollen/Rechte (Rechtsystem)

Welche Rolle mit welchem Recht Ihnen zur Verfügung steht, entscheidet der Supervisor Ihrer Klinik. Sie können eine oder mehrere Rollen besitzen.



Organisation	Recht	Erkrankungen
Testklinik Konferenzen, Gießen	Datenmanager	Brust
Testklinik Konferenzen, Gießen	Dokumentar	Brust, gynäkologischer Tumor
Testklinik Konferenzen, Gießen	Supervisor	Brust, gynäkologischer Tumor, Lunge

Abbildung 7: Screenshot zur Übersicht von vorhandenen Rollen.

Um in die gewünschte Rolle zu gelangen, klicken Sie auf den blauen Ordner oder den Namen der Rolle um zur Patientenliste bzw. als Moderator zur Konferenzliste zu gelangen.

In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Rollen und deren jeweilige Rechte detailliert erklärt. Vorab zur Übersicht werden in der unten abgebildeten Tabelle die Rechte überschaubar dargestellt.

**Rechtematrix zum Bearbeiten von Personen, Organisationen, Benutzern und Mandanten:**

Rechte	Administrator	Supervisor	Datenmanager/ Kooperations- partner	Dokumentar
Vorlagen: Organisation	RWD	RW	RW	RW
Vorlagen: Arzt (Person)	RWD	RW	RW	RW
Benutzerkonto	RW	RW	-	-
Recht	RWD	RWD	-	-
Definition einer Organisation als Mandant	RWD	-	-	-

**Legende zu den Rechten:**

- R = Read (Lesen)
- W = Write (Schreiben)
- D = Delete (Löschen)
- L = Lock (Abschließen)
- U = Unlock (Öffnen)
- I = Inactive
- A = Active

Es folgt eine Tabelle zur Übersicht, welche Rolle, welches Formular wie einsehen kann:

Formular	Rolle									
	Supervisor	Dokumentar	Datenmanager/ Kooperations- partner	Moderator	Strahlen- therapeut	Therapeut systemische Therapien	Pathologe	Radiolege	Niedergel. Arzt	Nur-Lesen
Patient	RD	RW	RW	-	R	R	R	R	R	R
Erkrankung	R	RW	RWD LU(alle!)	-	R	R	R	R	R	R
Anamnese	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Untersuchung	R	RWD	RWD	-	R	R	R	RW	RW	R
Labor	R	RWD	RWD	-	R	RW	R	R	RW	R
Diagnose	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Eingriff	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R

Formular	Rolle									
	Supervisor	Dokumentar	Datenmanager/ Kooperationspartner	Moderator	Strahlentherapeut	Therapeut Systemische Therapien	Pathologe	Radiologe	Niedergelassener Arzt	Nur-Lesen
Komplikationen	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Histologie	R	RWD	RWD	-	R	R	RW	R	R	R
Zytologie	R	RWD	RWD	-	R	R	RW	R	R	R
Tumorstatus	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Patient einer Konferenz zuordnen	R	RWD	RWD	nur Konf.- Zuord- nung	R	R	R	R	R	R
Therapieplan	R	RWD	RWD	RWD	R	R	R	R	R	R
Therapieplan – Abweichungen	R	RWD	RWD	-	RW	RW	R	R	R	R
Systemische Therapien	R	RWD	RWD	-	R	RW	R	R	R	R
Strahlentherapie	R	RWD	RWD	-	RW	R	R	R	R	R
Sonstige Therapien	R	RWD	RWD	-	R	RW	R	R	R	R
Nebenwirkungen	R	RWD	RWD	-	RW	RW	R	R	R	R
Begleitmedikation	R	RWD	RWD	-	RW	RW	R	R	R	R
Studien	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Beratung	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Fotos	R	RWD	RWD	-	R	R	R	RW	R	R
Briefe	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Termine	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Epidemiolog. Krebsregister	R	RWD	RWD	-	-	-	-	R	R	R
Fragebögen	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R

Formular	Rolle									
	Supervisor	Dokumentar	Daten- manager/Ko- operationspar- tner	Moderator	Strahlen- therapeut	Therapeu- tische Therapien	Pathologe	Radioge	Niedergel- Arzt	Nur-Lesen
DMP Erstmeldung	R	RWD	RWD	-	-	-	-	R	R	R
DMP Nachfolgemeldung	R	RWD	RWD	-	-	-	-	R	R	R
QS	R	RWD	RWD	-	-	-	-	R	R	R
Nachsorge	R	RWD	RWD	-	RW	RW	R	R	RW	R
Behandler	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Aufenthalt	R	RWD	RWD	-	R	R	R	R	R	R
Abschluss	R	RWD	RWD	-	RW	RW	R	R	R	R
Konferenzen bearbeiten	RU	-	-	RWDL	-	-	-	-	-	-
Vorlage: Arzt (Benutzer)	RWIA	RW	RWI	-	-	-	-	-	-	R
Organisation	RWIA	RW	RWI	-	-	-	-	-	-	-
Recht	RWD	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vorlage: Therapie	RWLU IA	RWL	RWLI	-	RWL	RWL	-	-	-	R
Vorlage: Studie	RWLU IA	RWL	RWLI	-	R	R	-	-	-	R
Vorlage: Labor	RWLU IA	RWL	RWLI	-	-	RWL	R	-	RWL	R
Vorlage: Fragebogen	RW LUIA	RWL	RWLI	-	-	-	-	-	-	R
Vorlage: Krankenversicherung	RWIA	RW	RWI	-	-	-	-	--	-	R
Vorlage: ICD-10 Codes	RWD	RWD	RWD	-	-	-	-	-	-	R
Vorlage: OPS Codes	RWD	RWD	RWD	-	-	-	-	-	-	R
Vorlage: ICD-O-3 Codes	RWD	RWD	RWD	-	-	-	R	-	-	R
Vorlage: Dokument erstellen	RWLU IA	-	RWLI	-	-	-	-	-	-	R
Vorlage: Eigene Auswertungen	RWDL U	-	RWLD	-	-	-	-	-	-	R

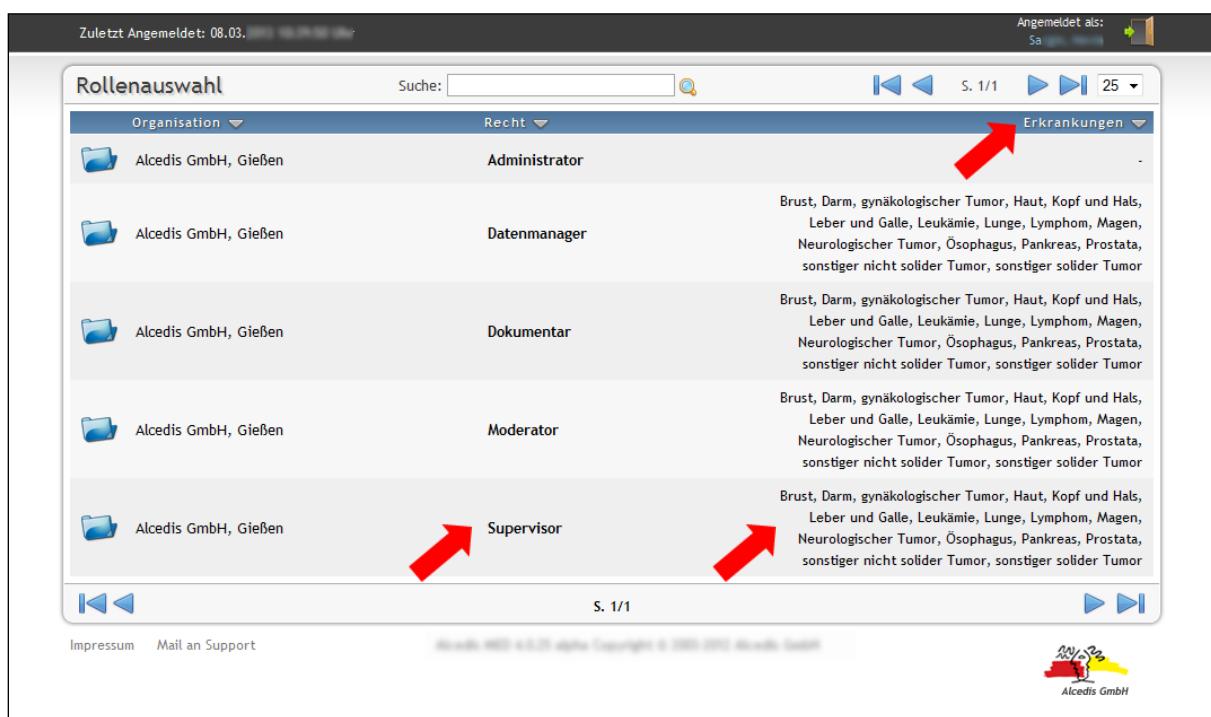
Tabelle 2: Übersicht der vorhandenen Rollen mit den jeweils vorhandenen Rechten.

## 4.1 Rolle Supervisor

Die Rolle „Supervisor“ ist eine übergeordnete Rolle. Ihre Aufgaben bestehen darin, das System zu verwalten und zu pflegen, alle Benutzer anzulegen sowie bei technischen Problemen (ein Benutzer vergisst sein Passwort) Ansprechpartner zu sein. Dabei haben Sie vollen Zugriff auf jeden einzelnen Benutzer und jedes Dokument. Kein Recht im System haben Sie auf das Bearbeiten der Patientendokumentation, können aber alle dokumentierten Daten einsehen. Zusätzlich haben Sie einige Sonderfunktionen wie die Verwaltung von Benutzern, das Löschen von Patienten und das nachträgliche Bearbeiten von bereits verwendeten Vorlagen wie beispielsweise Konferenztitel oder Therapien. Diese Sonderfunktionen werden nun genauer erklärt.

### 4.1.1 Benutzerverwaltung

Die Benutzerverwaltung obliegt der Rolle „Supervisor“. Je nachdem, welche Fachabteilungen ihre Klinik besitzt, kann es vorkommen, dass diese mehrere Rollen Supervisor besitzen, die in Erkrankungen eingeteilt sind. Zum Beispiel besitzt der Supervisor unten im Screenshot das Recht für alle Erkrankungen Benutzer zu erstellen. Er alleine kann Benutzer erstellen und diesen auch ihre Rechte vergeben.



Rollenauswahl		Suche: <input type="text"/>	S. 1/1	25
Organisation	Recht	Erkrankungen		
Alcedis GmbH, Gießen	Administrator	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie, Lunge, Lymphom, Magen, Neurologischer Tumor, Ösophagus, Pankreas, Prostata, sonstiger nicht solider Tumor, sonstiger solider Tumor		
Alcedis GmbH, Gießen	Datenmanager	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie, Lunge, Lymphom, Magen, Neurologischer Tumor, Ösophagus, Pankreas, Prostata, sonstiger nicht solider Tumor, sonstiger solider Tumor		
Alcedis GmbH, Gießen	Dokumentar	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie, Lunge, Lymphom, Magen, Neurologischer Tumor, Ösophagus, Pankreas, Prostata, sonstiger nicht solider Tumor, sonstiger solider Tumor		
Alcedis GmbH, Gießen	Moderator	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie, Lunge, Lymphom, Magen, Neurologischer Tumor, Ösophagus, Pankreas, Prostata, sonstiger nicht solider Tumor, sonstiger solider Tumor		
Alcedis GmbH, Gießen	Supervisor	Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie, Lunge, Lymphom, Magen, Neurologischer Tumor, Ösophagus, Pankreas, Prostata, sonstiger nicht solider Tumor, sonstiger solider Tumor		

Zuletzt Angemeldet: 08.03.2011 10:00:00 Uhr Angemeldet als: Sa

Impressum Mail an Support © Alcedis 2003-2011. Alle Rechte vorbehalten. Copyright © 2003-2011 Alcedis GmbH

Abbildung 8: Screenshot über verschiedene Rollen, deren Rechte auf das System und deren Rechte auf Erkrankungen.

Der folgende Anwender hat in der Rolle Supervisor nur das Recht Benutzer anzulegen, die für die Erkrankungen „Brust, gynäkologischer Tumor, Lunge“ zuständig sind. Er kann also nicht einen Benutzer für die Erkrankung Darm einrichten.

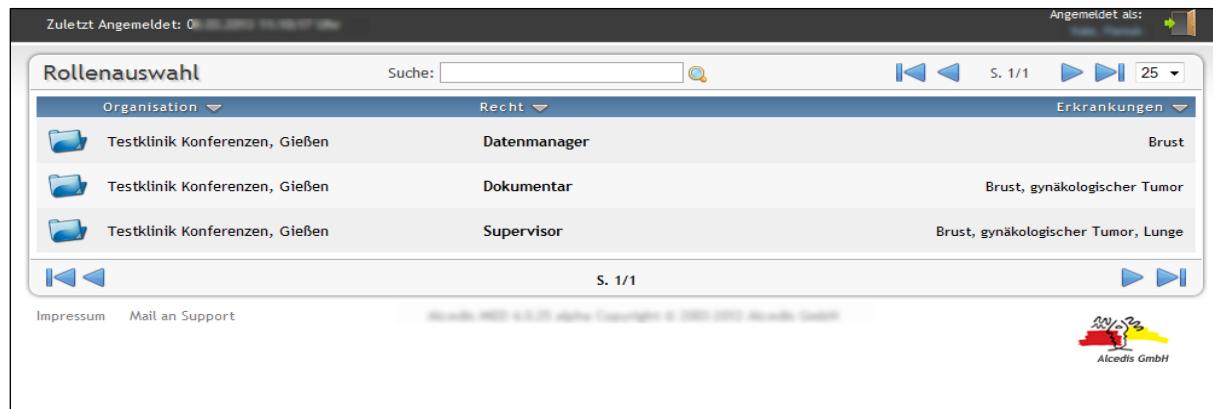


Abbildung 9: Screenshot mit dem Beispieldatenanwender Supervisor und seinen (begrenzten) Rechten auf Erkrankungen

Das Anlegen eines Benutzers erfolgt folgendermaßen:

Wählen Sie im Menüpunkt das Feld „Benutzer“ aus, anschließend gehen Sie auf den Button „Hinzufügen“. Es öffnet sich ein Formularfeld. Füllen Sie nun mindestens die durch ein \* gekennzeichneten Pflichtfelder aus.

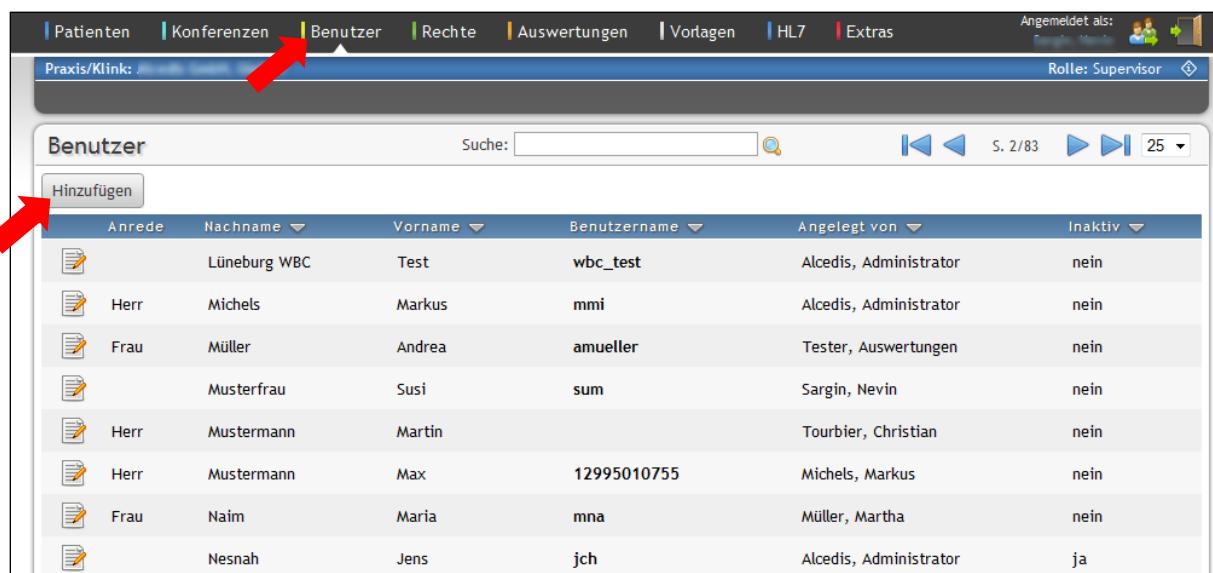
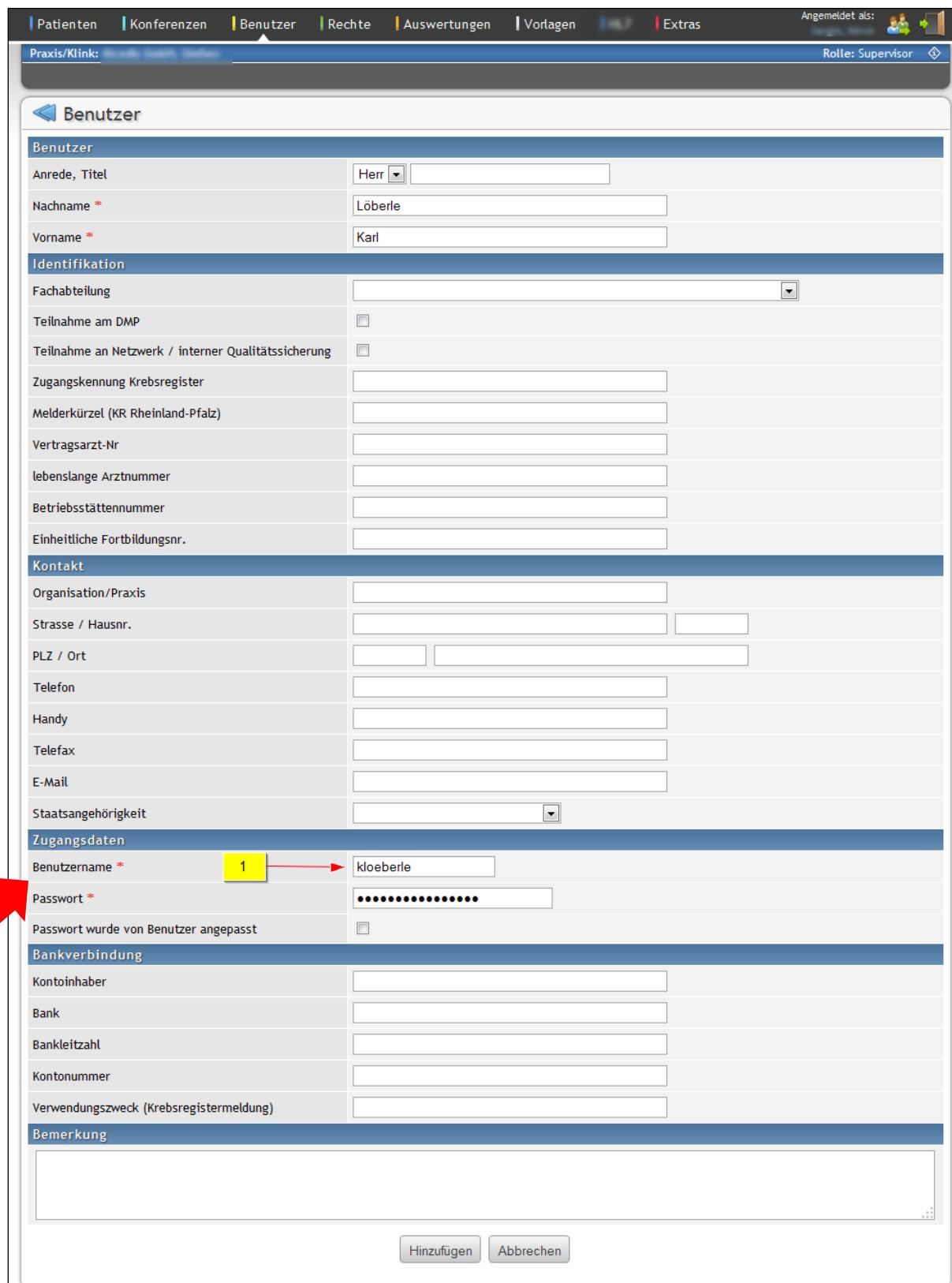


Abbildung 10: Screenshot für das Hinzufügen eines Benutzers.

Soll dieser Benutzer auch in der Patientendokumentation zum Beispiel als Operateur oder Mitbehandler auswählbar sein, geben Sie bitte bei diesem Benutzer auch eine **Fachabteilung** an. Sobald Sie nun am Ende der Seite auf „hinzufügen“ klicken, ist der Benutzer erfolgreich angelegt. Anschließend gehen Sie auf der Menüleiste auf „Rechte“ und geben Sie dem erstellten Benutzer auch seine Rechte.

Bitte beachten Sie, dass sich der Benutzer erst nach Zuweisung eines Rechtes in das System einloggen kann. Die Vergabe eines Passworts allein reicht nicht aus.

Die Dokumente für die Rollen Supervisor, Dokumentar und Datenmanager sind in ihrer Auflistung gleich. Die einzige Besonderheit liegt darin, dass allein der Supervisor die Felder Benutzername und Passwort einsehen und bearbeiten kann, was die beiden anderen Rollen nicht machen können.



The screenshot shows the 'Benutzer' (User) creation form in the Alcedis MED software. The top navigation bar includes links for Patienten, Konferenzen, Benutzer, Rechte, Auswertungen, Vorlagen, HELP, and Extras. The user is logged in as 'Angemeldet als: [User Icon] Rolle: Supervisor'. The main form is titled 'Benutzer' and contains several sections:

- Benutzer**: Fields for Anrede/Titel (Herr), Nachname (Löberle), and Vorname (Karl).
- Identifikation**: Fields for Fachabteilung, Teilnahme am DMP, Teilnahme an Netzwerk / interner Qualitätssicherung, Zugangskennung Krebsregister, Melderkürzel (KR Rheinland-Pfalz), Vertragsarzt-Nr, lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer, and Einheitliche Fortbildungsnr.
- Kontakt**: Fields for Organisation/Praxis, Strasse / Hausnr., PLZ / Ort, Telefon, Handy, Telefax, and E-Mail.
- Zugangsdaten**: Fields for Benutzername (kloeberle) and Passwort (redacted). A red arrow points to the Benutzername field, which is highlighted with a yellow box and has a red arrow pointing to it from the left.
- Bankverbindung**: Fields for Kontoinhaber, Bank, Bankleitzahl, Kontonummer, and Verwendungszweck (Krebsregistermeldung).
- Bemerkung**: A large text area for remarks.

At the bottom right of the form are 'Hinzufügen' and 'Abbrechen' buttons.

Abbildung 11: Screenshot zum Erstellen eines Benutzers.

Im Sinne der Nachvollziehbarkeit empfehlen wir Ihnen Benutzername und Passwort nach folgender Regel zu vergeben:

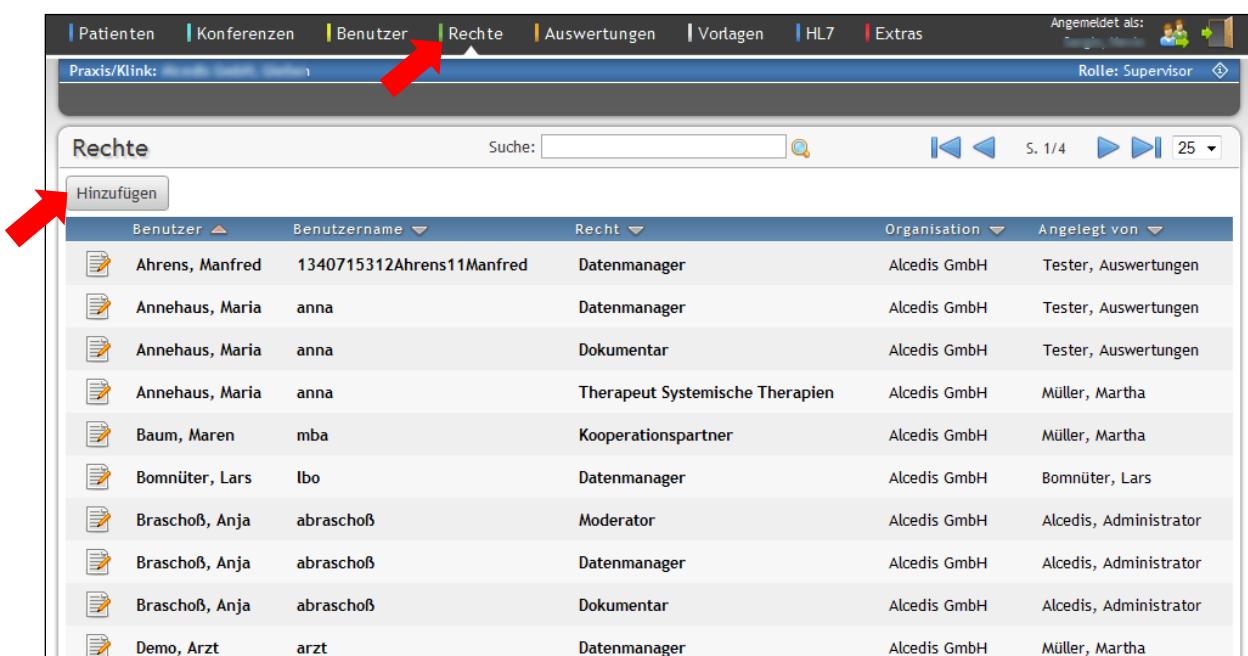
Erster Buchstabe des Vornamens + Nachname klein zusammengeschrieben. Jeder Benutzername darf nur einmal vergeben werden. Das Passwort muss standardmäßig mind. 6 Zeichen beinhalten, kann aber auch individuell an kundenspezifische Änderungen angepasst werden (z. B. mindestens ein Sonderzeichen).

Bei der ersten Anmeldung jedes Benutzers am System erfolgt einmalig eine automatische Aufforderung zur Passwortänderung. Hat ein Benutzer sein Passwort geändert, wird im Formular „Vorlage/Arzt“ das Feld „Passwort von Benutzer angepasst“ automatisch gefüllt. Falls ein Zurücksetzen des Passworts erforderlich ist, bitte das Passwort neu eingeben und das Feld „Passwort von Benutzer angepasst“ leeren und speichern.

Bitte beachten Sie, dass Benutzer mit gleichen oder hierarchisch höheren Rechten in der Vorlage „Arzt“ keine anderen Benutzer bearbeiten können. Nur Sie als Supervisor können hier Änderungen vornehmen (siehe auch Kapitel 5.1).

#### 4.1.1.1 Recht anlegen

Öffnen Sie ein neues Formular „Recht“.



Benutzer	Benutzername	Recht	Organisation	Angelegt von
Ahrens, Manfred	1340715312Ahrens11Manfred	Datenmanager	Alcedis GmbH	Tester, Auswertungen
Annehaus, Maria	anna	Datenmanager	Alcedis GmbH	Tester, Auswertungen
Annehaus, Maria	anna	Dokumentar	Alcedis GmbH	Tester, Auswertungen
Annehaus, Maria	anna	Therapeut Systemische Therapien	Alcedis GmbH	Müller, Martha
Baum, Maren	mba	Kooperationspartner	Alcedis GmbH	Müller, Martha
Bomnütter, Lars	lbo	Datenmanager	Alcedis GmbH	Bomnütter, Lars
Braschoß, Anja	abraschoß	Moderator	Alcedis GmbH	Alcedis, Administrator
Braschoß, Anja	abraschoß	Datenmanager	Alcedis GmbH	Alcedis, Administrator
Braschoß, Anja	abraschoß	Dokumentar	Alcedis GmbH	Alcedis, Administrator
Demo, Arzt	arzt	Datenmanager	Alcedis GmbH	Müller, Martha

Abbildung 12: Screenshot zum Rechte anlegen.

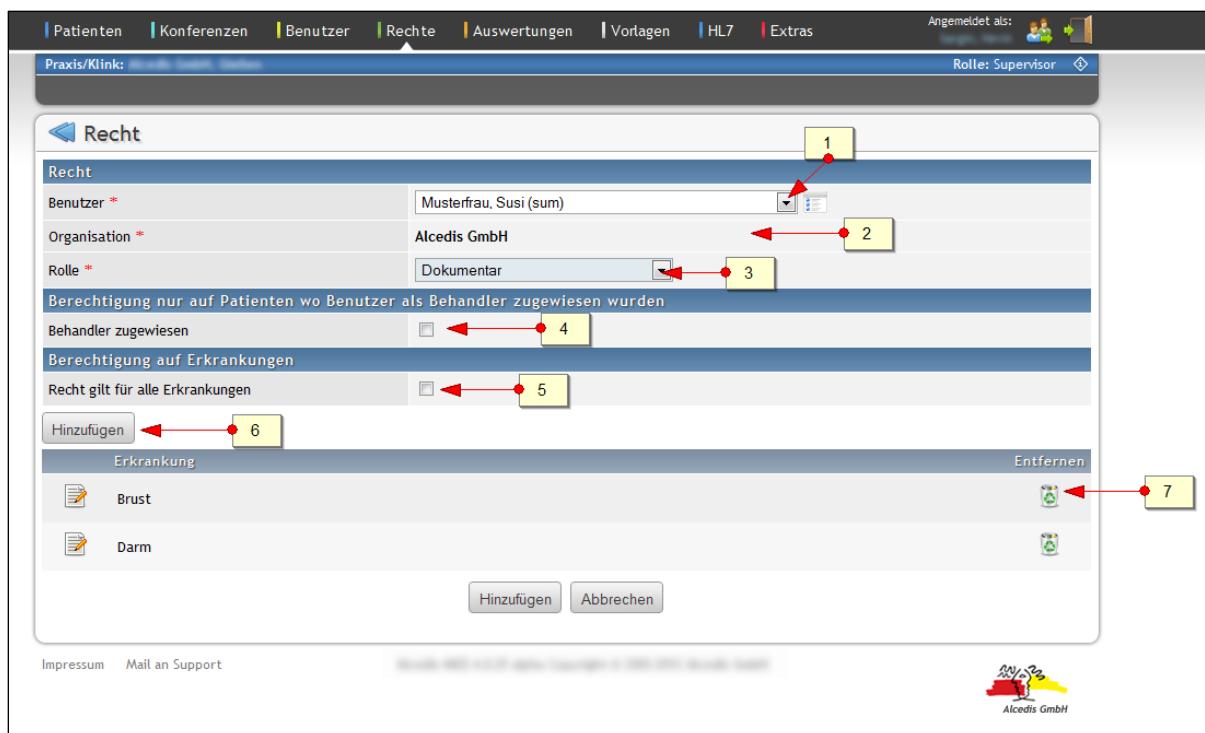


Abbildung 13: Screenshot mit Erklärungen der Oberfläche beim Anlegen der Rechte.

1. Wählen Sie den Namen des Benutzers aus, dem Sie ein Recht geben wollen
2. Überprüfen Sie, ob dieses Pflichtfeld „Organisation“ richtig eingeblendet wird. Sonst manuell eingeben.
3. Wählen Sie die Rolle aus, die dieser Benutzer erhalten soll
4. Setzen Sie dieses Häkchen, wenn dieser Benutzer die Berechtigung nur auf Patienten erhalten soll, bei denen der Benutzer als Behandler zugewiesen wurde.
5. Setzen Sie dieses Häkchen, wenn dieser Benutzer das Recht für alle in Ihrer Klinik vorhandenen Erkrankungen erhalten soll. Ansonsten...
6. Wählen Sie unter diesem Button die jeweiligen Erkrankungen aus, auf die dieser Benutzer Rechte erhalten soll.
7. Recht für diese Erkrankung entfernen

Möchten Sie dem gleichen Benutzer noch eine andere Rolle vergeben, gehen Sie erneut so vor, wie oben beschrieben.

#### 4.1.1.2 Recht entfernen

Rechte auf einzelne Erkrankungen können Sie entfernen indem Sie das entsprechende Rechteformular aufrufen und die Erkrankung entfernen (6).

Löschen Sie das gesamte Rechteformular, entziehen Sie dem Benutzer das gesamte Recht.

#### 4.1.2 Vorlagen nachträglich bearbeiten

Die Rolle des Supervisors ist die einzige Rolle, die bereits freigegebene Vorlagen (z.B. Therapien) nachträglich bearbeiten kann. Bitte beachten Sie dabei sehr genau, dass Sie von diesem Recht nur bei noch nicht verwendeten Vorlagen Gebrauch machen. **Sollte die zu ändernde Vorlage schon bei der Patientendokumentation verwendet worden sein, kann es durch die Änderung zu Dateninkonsistenzen kommen!** Bitte prüfen Sie auch, dass diese Vorlage nicht von einem Kollegen verwendet wurde.

Zum Ändern der Vorlage öffnen Sie als Supervisor das entsprechende Vorlagenformular, entfernen zunächst das Häkchen „Freigabe“ und speichern das Formular ab. Nach erneutem Öffnen können Sie als Supervisor und auch als Datenmanager oder Dokumentar die Daten ändern und abspeichern. Anschließend muss die Vorlage wieder freigegeben werden.

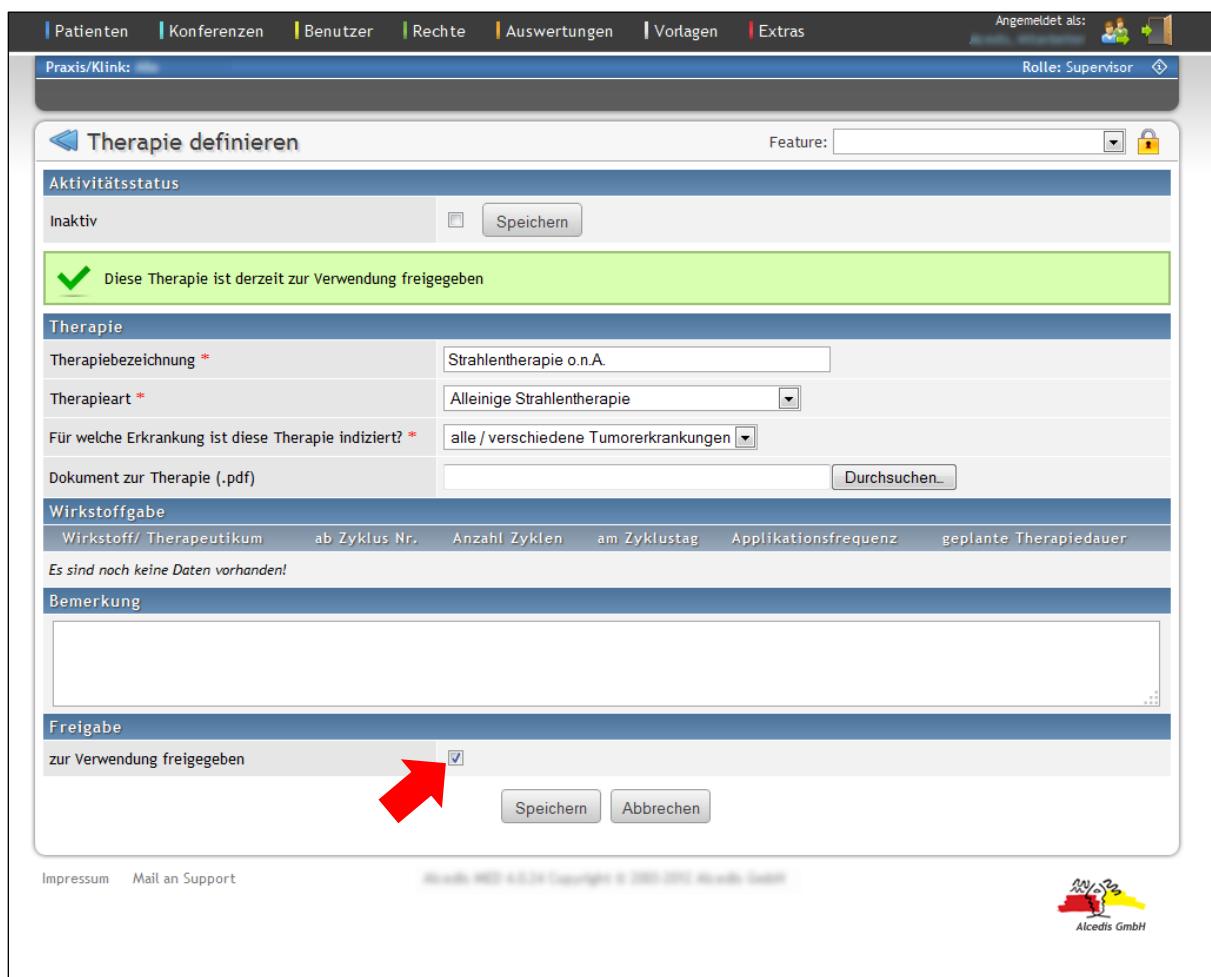


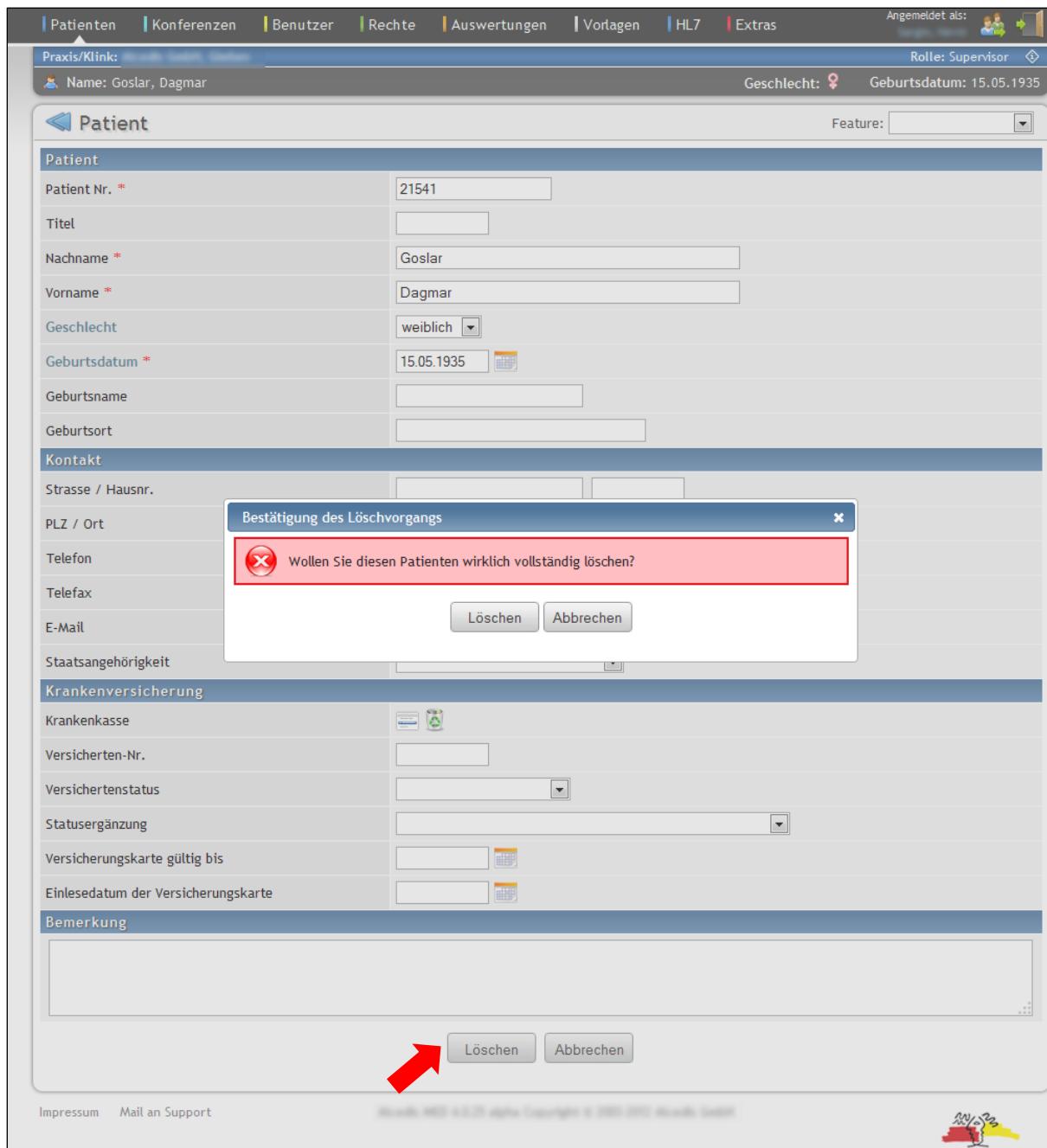
Abbildung 14: Screenshot zum Therapie definieren.

Wenn die Vorlage bereits verwendet wurde, ist es sicherer eine neue korrekte Vorlage zu erstellen und die alte verwendete Vorlage inaktiv zu setzen. Dazu öffnen Sie die entsprechende Vorlage, setzen in dem Feld „inaktiv“ einen Haken und speichern das Formular ab. Dadurch bleiben die Daten bei vergangener Verwendung bestehen, können bei Neuanlage aber nicht mehr ausgewählt werden.

#### 4.1.3 Patienten löschen

Bevor Sie einen Patienten aus dem System löschen, prüfen Sie bitte genau ob der Patient nicht bereits in einer anderen Erkrankung dokumentiert wurde. Um einen Patienten zu löschen, wählen Sie diesen aus der Patientenliste aus und öffnen dann das Formular „Stammdaten“ (vgl. Kapitel 6.7.1).

Im Stammdaten- Formular befindet sich ganz unten der Button „Löschen“. Durch Drücken dieses Buttons löschen Sie endgültig den gesamten Patienten mit allen bereits dokumentierten Formularen. Eine Anleitung zum Löschen einer einzelnen Erkrankung finden Sie in der Rolle "Datenmanager" (vgl. Kapitel 4.2.1).



The screenshot shows the 'Patient' form in the Alcedis MED software. At the top, there is a navigation bar with tabs: Patienten, Konferenzen, Benutzer, Rechte, Auswertungen, Vorlagen, HL7, and Extras. The user is logged in as 'Supervisor' for 'Goslar, Dagmar'. A confirmation dialog box titled 'Bestätigung des Löschvorgangs' (Confirmation of deletion process) is displayed in the center. It contains the message 'Wollen Sie diesen Patienten wirklich vollständig löschen?' (Do you really want to delete this patient completely?) with 'Löschen' (Delete) and 'Abbrechen' (Cancel) buttons. Below the dialog, the 'Patient' section is visible, containing fields for Patient Nr., Titel, Nachname, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Geburtsname, and Geburtsort. The 'Kontakt' section follows, with fields for Strasse / Hausnr., PLZ / Ort, Telefon, Telefax, E-Mail, and Staatsangehörigkeit. The 'Krankenversicherung' section includes fields for Krankenkasse, Versicherten-Nr., Versichertenstatus, Statusergänzung, Versicherungskarte gültig bis, and Einlesedatum der Versicherungskarte. The 'Bemerkung' section has a text area. At the bottom right of the main form, there are 'Löschen' and 'Abbrechen' buttons, with a red arrow pointing to the 'Löschen' button.

Abbildung 15: Screenshot zum Patienten erstellen

#### 4.1.4 Konferenz nachträglich öffnen

Nur als Supervisor haben Sie das Recht bereits abgeschlossene Konferenzen zur Nachbearbeitung wieder zu öffnen.

Dazu wählen Sie bitte den Menüpunkt „Konferenz“ aus. Sie erhalten eine Liste mit allen Konferenzen. Abgeschlossene Konferenzen erkennen Sie an dem Symbol . Wählen Sie über den Bearbeiten Button  die entsprechende Konferenz aus und klicken Sie den Button „Öffnen“. Bestätigen Sie mit „OK“ und stellen Sie sicher, dass nach Korrektur der Konferenzdaten die Konferenz von einem Moderator wieder abgeschlossen wird.

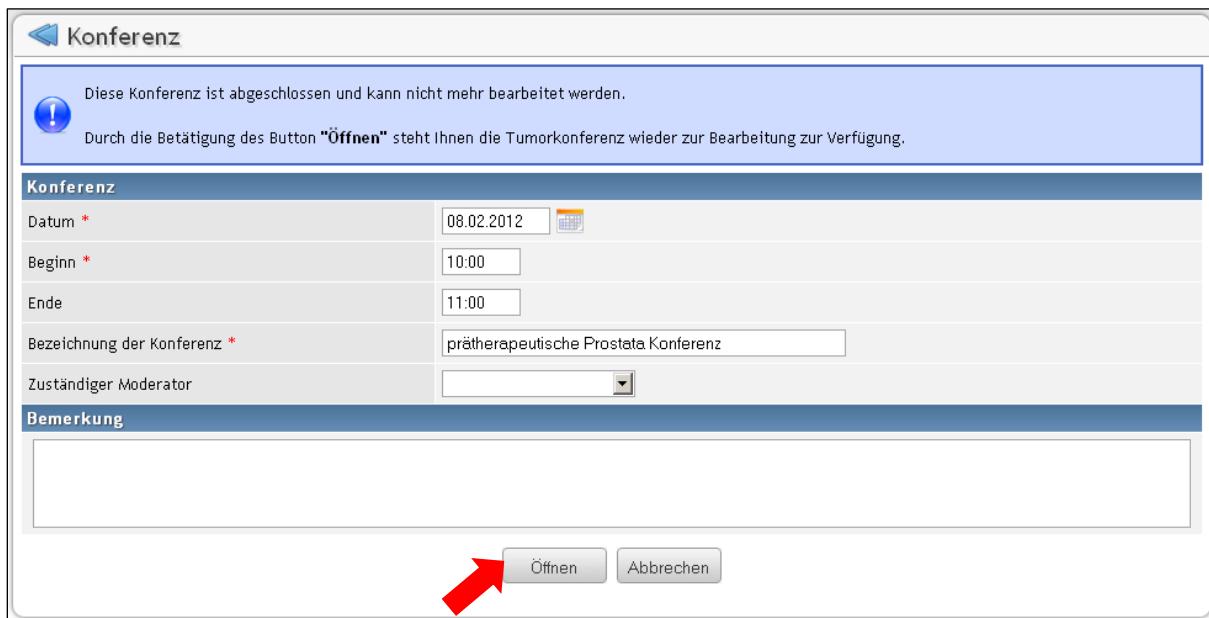


Abbildung 16: Screenshot zum Konferenz erstellen.

#### 4.1 Rolle Dokumentar

Die Rolle „Dokumentar“ wird für alle Anwender vergeben, die mit der Dokumentation der Patienten vertraut sind. In der Rolle Dokumentar haben Sie volles Schreibrecht für die gesamte Patientendokumentation und die Terminverwaltung. Sie können Vorlagen anlegen, Auswertungen durchführen, die Funktionen unter dem Menüpunkt Extras nutzen und an Konferenzen online teilnehmen, zu denen Sie von einem Moderator eingeladen wurden.

#### 4.2 Rolle Datenmanager

Die Rolle Datenmanager hat die gleichen Rechte wie der Dokumentar, kann aber zusätzlich noch Erkrankungen löschen und Formulare oder Erkrankungen abschließen. Die Zusatzfunktionen werden in den folgenden Abschnitten erklärt.

#### 4.2.1 Erkrankung Löschen

Der Datenmanager hat das Recht komplett Erkrankungen zu löschen. Dazu wird der entsprechende Patient ausgewählt und geöffnet. Wählen Sie die zu löschen Erkrankung aus und öffnen das Formular „Erkrankung“. Durch Bestätigung des Buttons „Löschen“ wird nicht nur dieses Formular gelöscht, sondern irreversibel auch alle Formulare, die zu dieser Erkrankung gehören.

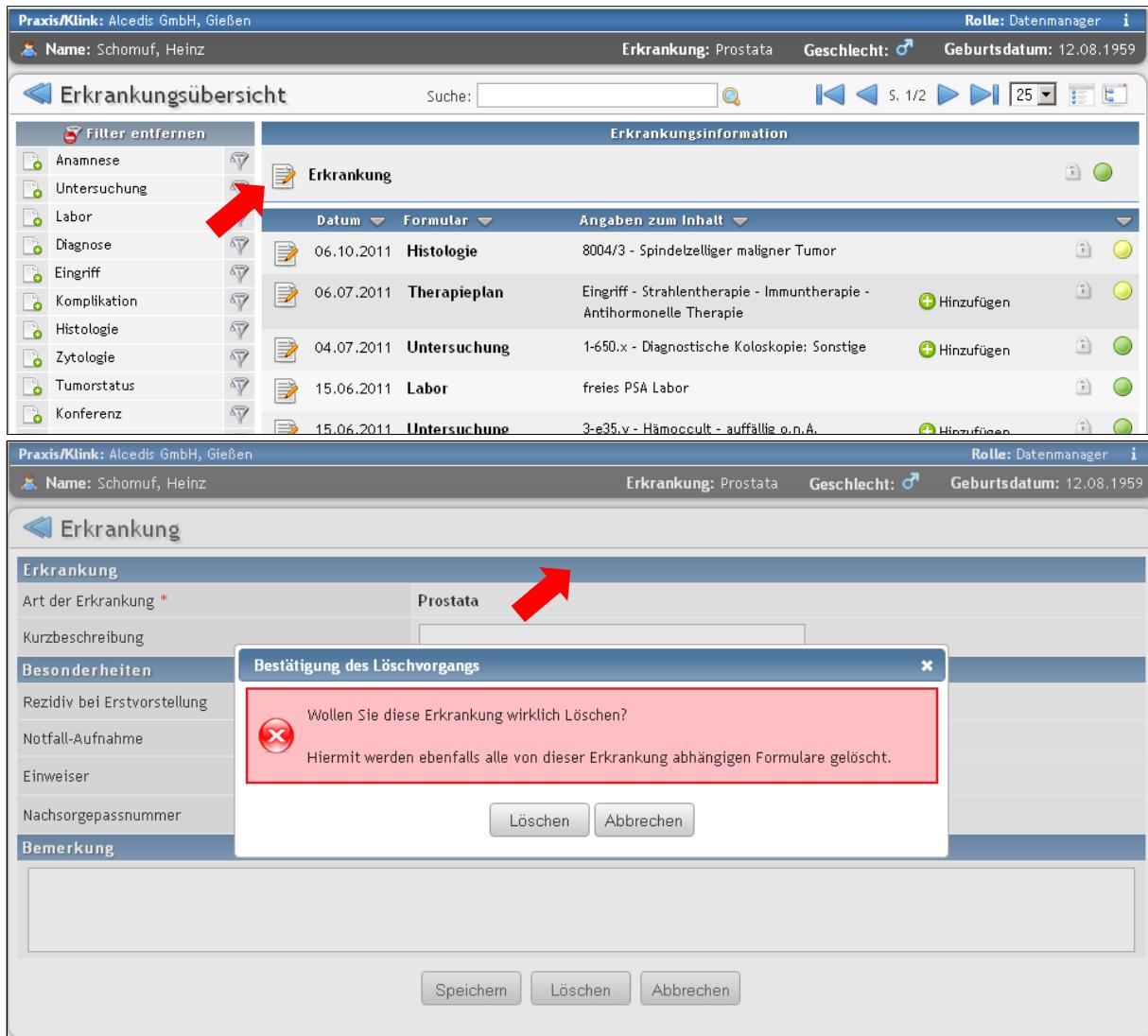


Abbildung 17: Screenshots zum Löschen einer Erkrankung

#### 4.2.2 Formulare oder Erkrankungen abschließen

Der Datenmanager kann außerdem einzelne Formulare oder auch ganze Erkrankungen „abschließen“, sodass nach diesem Vorgang jeder Rolle im abgeschlossenen Formular nur noch die Buttons „Speichern“ und „Abbrechen“ zur Verfügung stehen. Das Formular kann davor nur gelesen, aber nicht bearbeitet werden, bis ein Datenmanager das Formular wieder „aufschließt“. Ab- und Aufschließen erfolgt über das Schloss-Symbol (vgl. Kapitel 3.1).

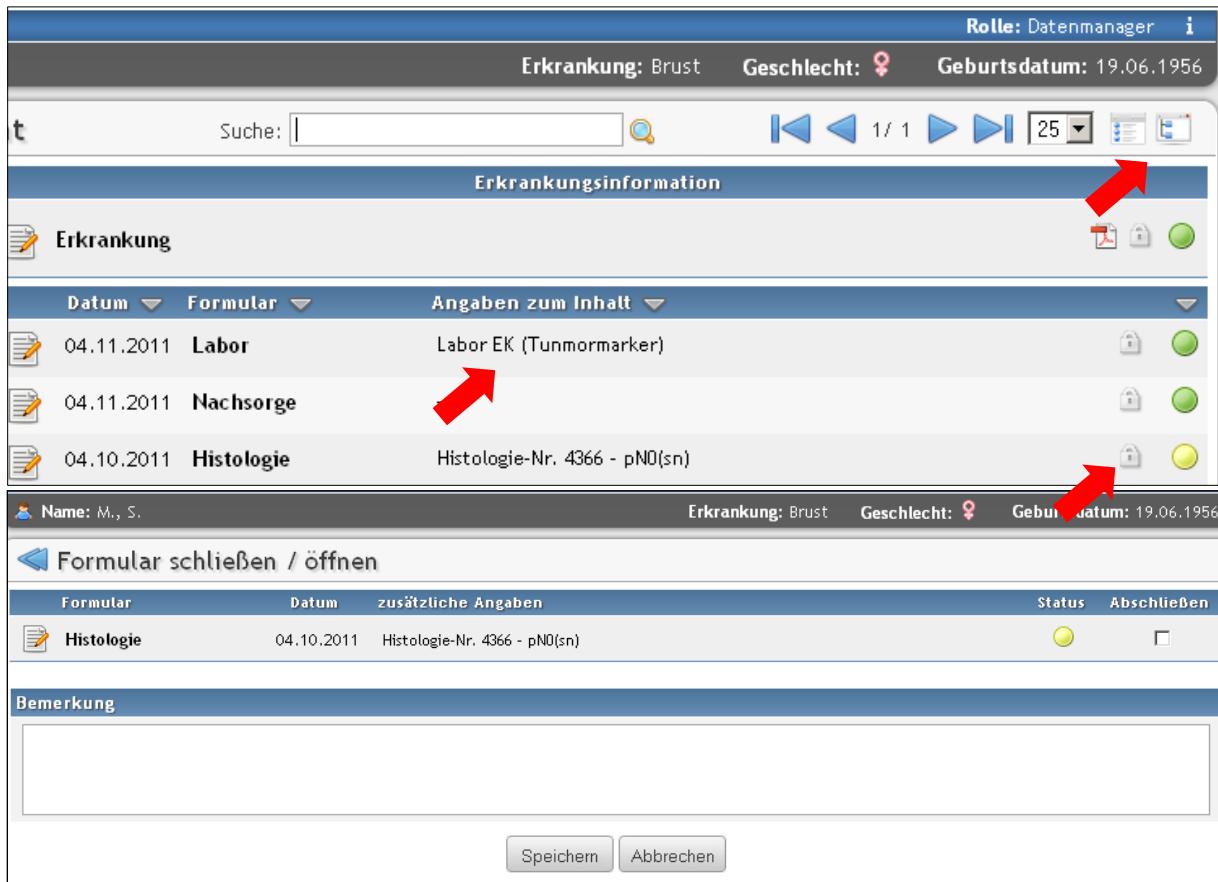


Abbildung 18: Screenshots zum Abschließen eines Formulars

#### 4.3 Rolle Moderator

In der Rolle „Moderator“ sind Sie für die Organisation und den Ablauf der Tumorkonferenzen zuständig. Im Rahmen der Konferenzen haben Sie Lese- und Schreibrecht. In der Regel hat der Moderator neben dieser Rolle auch die Rolle des Dokumentars oder Datenmanagers. Die „normale“ Patientendokumentation kann die Rolle Moderator nicht einsehen.

Welche Aufgaben Ihnen konkret zugeschrieben sind lesen Sie im Kapitel 8.5.1.

#### **4.4 Rollen Strahlentherapeut, Therapeut systemische Therapien, Pathologe, Radiologe, Niedergelassener Arzt**

Rollen mit diesen Rechten haben volles Leserecht für die Patienten, denen Sie als Behandler zugeordnet sind und je nach Rolle Schreibrecht für einzelne Formulare. Welche Formulare Sie im Einzelnen dokumentieren dürfen, entnehmen Sie bitte der Tabelle 2 aus Kapitel 4. Die Zuordnung Behandler/Patient kann vom Datenmanager oder Dokumentar vorgenommen werden (vgl. Kapitel 6.4.3).

#### **4.5 Rolle Nur-Lesen**

Benutzer mit dieser Rolle können jegliche Formulare aller Patienten lesen, aber nichts anlegen, dokumentieren oder löschen.

## 5 Vorlagen

Mithilfe der Vorlagen füllen Sie das System mit Ihren klinikeigenen Ärzten, Therapien, Laboren und vielem mehr. Dies erfordert zu Beginn der Dokumentation einen einmaligen Arbeitsschritt. Im Anschluss können Sie alle im System hinterlegten Vorlagen für jeden Patienten nutzen.

Um eine neue Vorlage anzulegen öffnen Sie den Menüpunkt „Vorlagen“. Wählen Sie eine Vorlagenart aus, öffnet sich eine Übersicht mit den bereits angelegten Vorlagen. Sollten noch keine Vorlagen dieser Art angelegt sein, finden Sie dort den Eintrag: „Es sind noch keine Vorlagen dieser Art angelegt.“. Über den Button „Hinzufügen“ können Sie eine neue Vorlage erstellen.

Wichtig ist bei vielen Vorlagen, dass Sie diese freigeben. Erst nach der Freigabe sind diese Vorlagen in der Patientendokumentation auswählbar. Freigegebene Vorlagen können nachträglich nur noch vom Supervisor unter Vorsicht bearbeitet werden (vgl. Kapitel 4.1.2).

Viele Vorlagen können nicht gelöscht werden, sondern müssen „inaktiv“ gesetzt werden, wenn Sie nicht mehr verwendet werden. Das Löschen von Vorlagen kann zu Dateninkonsistenzen bei der Patientendokumentation führen, wenn diese Vorlagen in der Vergangenheit für die Patientendokumentation bei einem (oder mehreren) Patienten ausgewählt wurden.

### 5.1 Arzt

In diesem Vorlagenbereich werden alle Ärzte hinterlegt, die später beim Patienten in den Drop Down Menüs der Dokumentationsformulare z.B. als Operateur oder behandelnder Arzt auswählbar sein sollen. Dazu ist es wichtig, dass in der Vorlage der **Nachname, Vorname und die Fachabteilung** dokumentiert wurden. Ärzte ohne Fachabteilung tauchen später nicht in der Auswahl beim Patienten auf.

Ärzte, die hier angelegt werden, haben keinen Zugang zum Dokumentationssystem. Der Supervisor kann diesen Ärzten aber nachträglich eine Rolle und ein Recht zuordnen (vgl. Kapitel 4.1.1).

Ärzte bei denen unter Bearbeiten „kein Recht“ eingeblendet ist, können von ihrer Rolle nicht bearbeitet werden, da diese auf derselben oder einer höheren Stufe der Hierarchie stehen. Diese Ärzte können von der Rolle „Supervisor“ bearbeitet werden. Die Beschreibung der Benutzerverwaltung finden Sie in Kapitel 4.1.1.



Vorlagen - Arzt				
<input type="button" value="Hinzufügen"/> Suche: <input type="text"/> <input type="button" value="🔍"/> <input type="button" value="◀"/> <input type="button" value="◀"/> 5. 1/2 <input type="button" value="▶"/> <input type="button" value="▶"/> [25]				
	Name	Adresse	Inaktiv	
Kein Recht	Annehaus, Maria	Allgemeine Chirurgie	nein	
<input type="button" value="✎"/>	Baum, Maren	Allgemeine Chirurgie	ja	
Kein Recht	Demo, Arzt		nein	
<input type="button" value="✎"/>	Grüter, Grit	Teststraße 1 Gießen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	nein

Abbildung 19: Screenshot zur Ansicht für Ärzte mit Recht und ohne Recht.

## 5.2 Organisation

In der Vorlage „Organisation“ werden Organisationen hinterlegt, die bei der Patientendokumentation als „durchführende Einrichtung“ dokumentiert werden sollen. Dies können zum Beispiel Arztpraxen von niedergelassenen Ärzten und/oder Behandlungspartnern sein. Damit die Organisation in der Patientendokumentation zur Auswahl steht, reicht es aus den Namen der Organisation einzutragen und das Formular zu speichern.

## 5.3 Therapie

Im Bereich Therapien hinterlegen Sie alle in Ihrer Klinik angewandten Therapien mit der Angabe der Medikamente, Dosen, Kursdauern bzw. Applikations-Frequenzen und Angaben zur Therapieabfolge. Bitte dokumentieren Sie die Therapie in den Vorlagen so, wie sie Ihrem Standardschema entspricht.

In der Patientendokumentation können Sie die hinterlegten Therapieschemata in den Drop Down Menüs „Therapieschema“ aufrufen. Mögliche Änderungen an der hinterlegten „Standardtherapie“ vermerken Sie dort in der Patientendokumentation im Formular „systemische Therapie“ oder „Strahlentherapie“.

### **Therapiebezeichnung:**

Wenn Sie die Therapie definieren, wählen Sie für Ihre Therapie bitte einen eindeutigen Namen, den Sie in die Therapiebezeichnung eintragen. Anhand dieses Namens ist die Therapie in der Patientendokumentation später auswählbar.

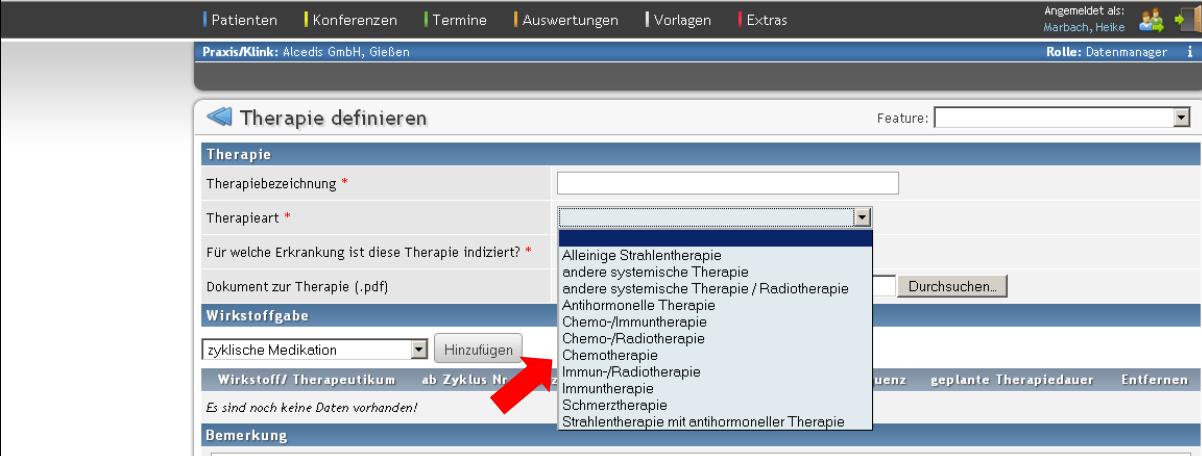
### **Therapieart:**

Die Therapievorlagen können mit allen verfügbaren Medikamenten frei zusammengestellt werden. Die Art der Therapie, die unter Umständen auch für die Kennzahlberechnung wichtig ist, definieren Sie über das Feld „Therapieart“.

Wählen Sie in diesem Drop Down z.B. „Chemotherapie“ aus und dokumentieren diese Therapie dann beim Patienten, würde für die Kennzahlen eine „Chemotherapie“ gezählt werden. Dies ist unabhängig von der Therapiebezeichnung.

### **„Für welche Erkrankung ist diese Therapie indiziert?“**

Das Feld „Für welche Erkrankung ist diese Therapie indiziert“ entscheidet darüber in welcher Erkrankung diese Therapie in der Patientendokumentation zur Auswahl steht. Sie können die Therapie genau einer Erkrankung zuordnen oder allen gleichzeitig.



The screenshot shows the 'Therapie definieren' (Treatment Define) interface. In the 'Wirkstoffgabe' (Medication Administration) section, there is a dropdown menu labeled 'zyklische Medikation' (cyclic medication) with an 'Hinzufügen' (Add) button next to it. A red arrow points to this 'Hinzufügen' button. A dropdown menu is open, listing various therapy types such as 'Alleinige Strahlentherapie' (Single radiation therapy), 'andere systemische Therapie' (Other systemic therapy), 'andere systemische Therapie / Radiotherapie' (Other systemic therapy / Radiotherapy), 'Antihormonelle Therapie' (Antihormonal therapy), 'Chemo-/Immuntherapie' (Chemo-/Immunotherapy), 'Chemo-/Radiotherapie' (Chemo-/Radiotherapy), 'Chemotherapie' (Chemotherapy), 'Immun-/Radiotherapie' (Immun-/Radiotherapy), 'Immuntherapie' (Immunotherapy), 'Schmerztherapie' (Pain therapy), and 'Strahlentherapie mit antihormoneller Therapie' (Radiation therapy with antihormonal therapy). Below the dropdown, a message says 'Es sind noch keine Daten vorhanden!' (No data is available yet!). There is also a 'Bemerkung' (Remark) section.

Abbildung 20: Screenshot zur Definition der Therapie

### **Wirkstoffgabe:**

Jeden Wirkstoff mit seiner Kurs- und Tagplanung, Abfolge und Menge legen Sie in einem Unterformular fest. Wählen Sie zunächst aus, ob sie eine

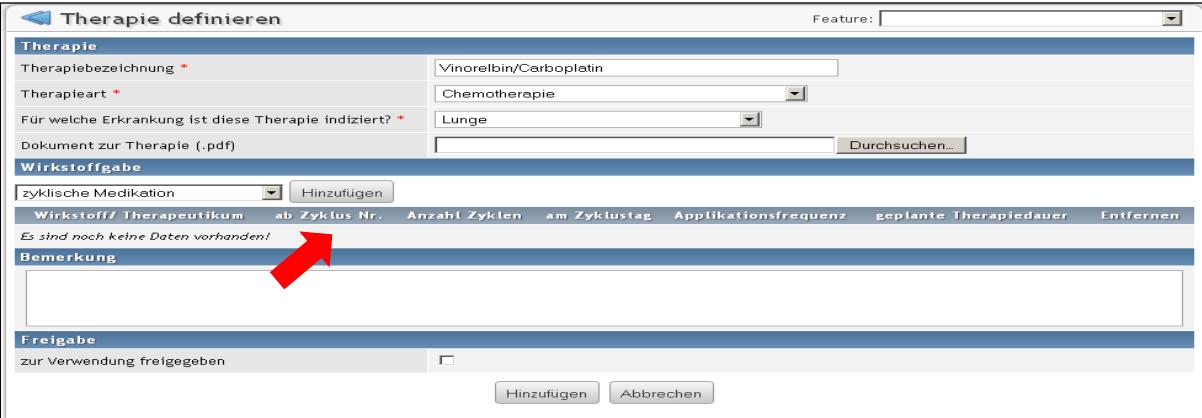
- zyklische Medikation geben wollen (z.B. bei Chemotherapie) oder ein
- Langzeit/Dauermedikament (z.B. bei antihormoneller Therapie) oder eine
- Bestrahlungsart (z.B. bei Strahlentherapie).

Bei den zyklischen Medikamenten finden Sie die gleiche volle Medikamentenauswahl wie bei den Langzeit-/Dauermedikamenten. Es können beliebig viele Medikamente und Medikationsarten kombiniert werden, sodass Sie ohne Einschränkung Therapien zusammenstellen können. Sollte Ihnen ein Wirkstoff fehlen, z.B. ein neues Studienmedikament, wenden Sie sich bitte an [med-support@alcedis.de](mailto:med-support@alcedis.de) und teilen Sie uns den fehlenden Wirkstoff mit, damit wir diesen ergänzen können.

Support-Therapien können als „andere systemische Therapie“ in den Vorlagen angelegt werden und beim Patienten als „systemische Therapie“ (vgl. Kapitel 6.6.13) dokumentiert werden.

#### **5.3.1 Therapie definieren: Beispiel Chemotherapie**

Anhand eines Beispiels wird eine Therapie eingerichtet. Für die Chemotherapie wird eine zyklische Medikation ausgewählt



The screenshot shows the 'Therapie definieren' (Treatment Define) interface with the following details filled in:
 

- Therapiebezeichnung: Vinorelbine/Carboplatin
- Therapieart: Chemotherapie
- Für welche Erkrankung ist diese Therapie indiziert?: Lunge
- Wirkstoffgabe: zyklische Medikation (with 'Hinzufügen' button)
- Wirkstoff/ Therapeutikum: ab Zyklus Nr. (with a red arrow pointing to the 'Hinzufügen' button)
- Bemerkung: Es sind noch keine Daten vorhanden!
- Freigabe: zur Verwendung freigegeben (checkbox checked)

 At the bottom are 'Hinzufügen' and 'Abbrechen' buttons.

Abbildung 21: Screenshot zum Definieren einer Therapie Teil 1.

Für jeden Wirkstoff wird eines dieser Unterformulare ausgefüllt. Es würde auch ausreichen die blau hervorgehobenen Felder und das Feld mit dem roten Stern auszufüllen.

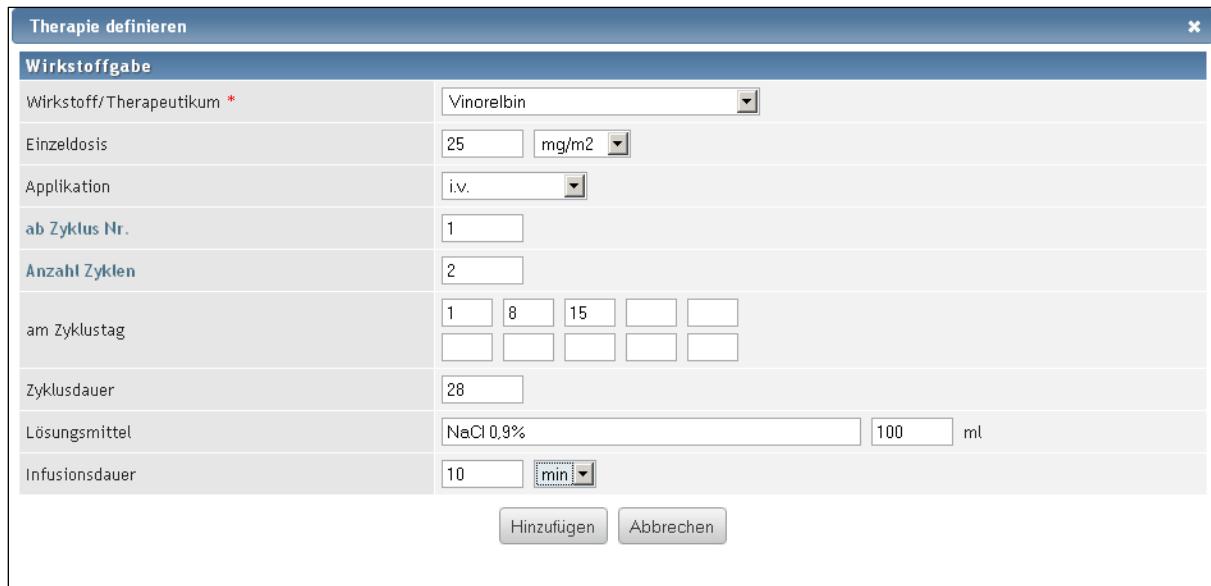


Abbildung 22: Screenshot zum Definieren einer Therapie Teil 2.

Nachdem alle Wirkstoffe eingegeben sind, kann im Hauptformular die Therapie freigegeben werden.

Erst nach dieser Freigabe taucht die Therapie in der Auswahl bei den Patienten auf. Wie die Freigabe erfolgt und durch wen, können Sie in Kapitel 4.1.2 nachlesen.

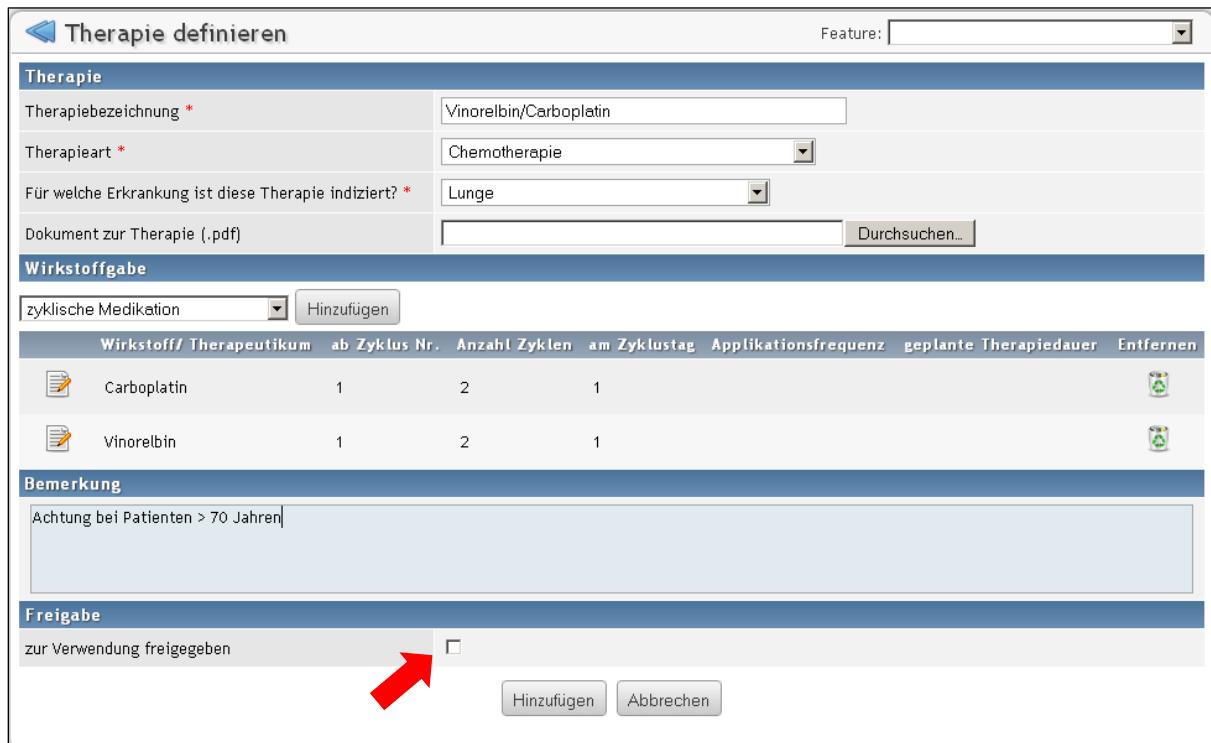


Abbildung 23: Screenshot zum Definieren einer Therapie Teil 3.

Es ist auch möglich, die gleiche Therapie ohne die Wirkstoffe zu definieren, indem nur die Therapiebezeichnung, Therapieart und „Für welche Erkrankung ist diese Therapie indiziert?“ eingetragen werden und die Therapie freigegeben wird.

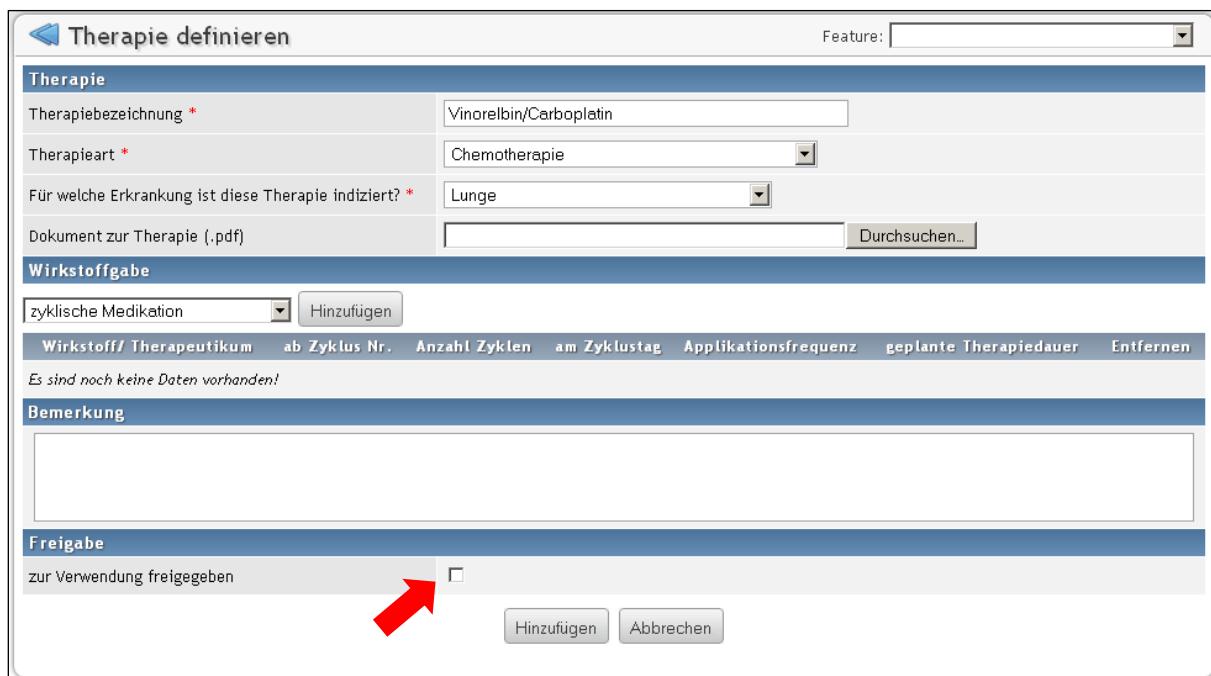


Abbildung 24: Screenshot um beispielhaft Therapie einzurichten Teil 4.

Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall zwar die Therapie beim Patienten dokumentiert und in den Auswertungen gezählt werden kann, aber nicht der Zyklus und der Zyklustag dokumentiert und auch keine Wirkstoffe ausgewertet werden können. **Ebenso ist die Auswertung z.B. von Fragen nach simultaner Chemo-/Radiotherapie, die sich durch überschneidende Zyklusnummern der zyklischen Medikation und der Bestrahlung definiert, so nicht auswertbar.**

## 5.4 Studie

Alle Studien, an denen Ihre Klinik teilnimmt, können Sie hier hinterlegen. Haben Sie das Kurzprotokoll oder den Prüfplan der Studie elektronisch vorliegen, können Sie diese Dokumente als PDF-Datei aus Ihren gespeicherten Dateien laden. Bitte schalten Sie die Studie aktiv, damit sie in der Dokumentation angezeigt wird und setzen Sie den Haken bei „Studie mit Ethikvotum“, damit die Teilnahme dieser Studie auch in den Auswertungen gezählt wird.

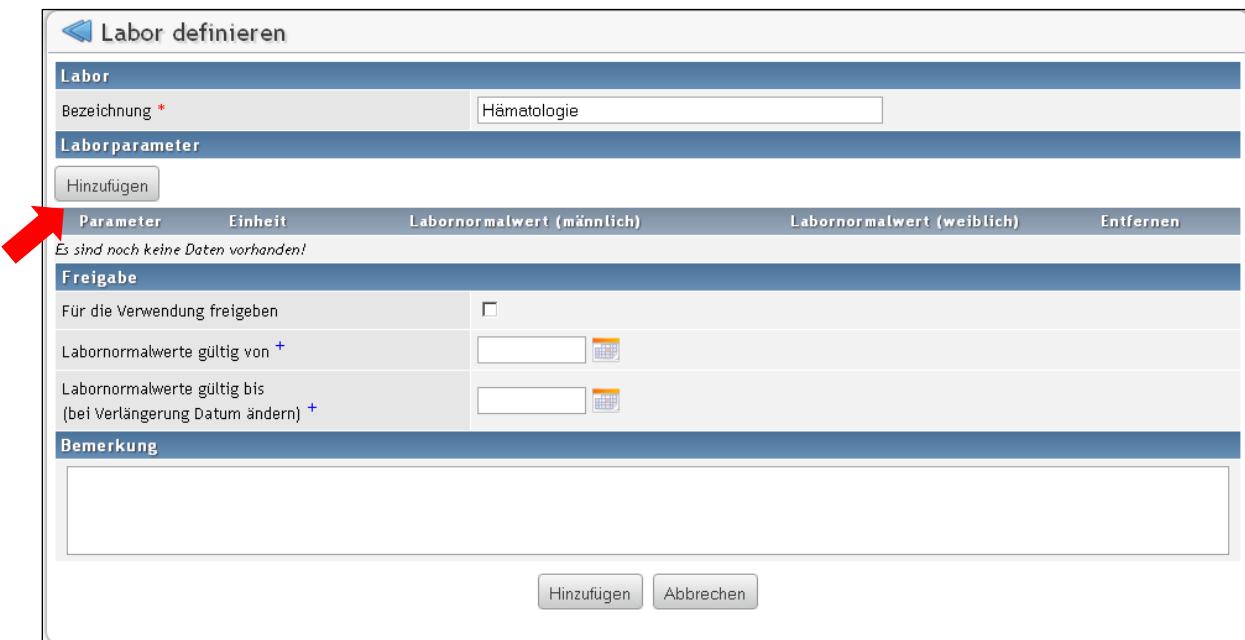
## 5.5 Labor

Innerhalb der Laborvorlagen stellen Sie sich alle Laborparameter zusammen, die Sie dokumentieren möchten. Sie können alle Laborparameter in einer Laborvorlage zusammenfassen oder verschiedene Labore z. B. Klinische Chemie, Tumormarker Serum, Hämatologie einzeln hinterlegen.

Bei jedem Laborparameter hinterlegen Sie die Normalwerte Ihrer kooperierenden Labore. Wenn Sie später in der Patientendokumentation das entsprechende Labor auswählen, erhalten Sie eine Liste aller definierten Laborparameter und deren Normalwerte.

Sie haben für jede Vorlage immer alle Laborparameter zur Verfügung. Ein neues Labor wird folgendermaßen angelegt:

Öffnen Sie über den „Hinzufügen“ Button ein neues leeres Formular „Labor definieren“.

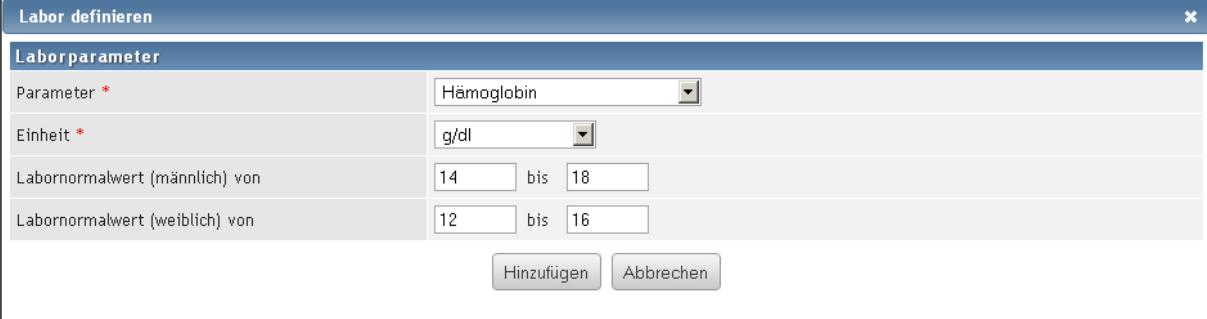


Parameter	Einheit	Labornormalwert (männlich)	Labornormalwert (weiblich)	Entfernen
Es sind noch keine Daten vorhanden!				

Abbildung 25: Screenshot zum Anlegen eines Labors

Bitte wählen Sie für die Bezeichnung einen eindeutigen Namen, den Sie später in der Patientendokumentation wiedererkennen.

Über den Hinzufügen Button öffnet sich ein Unterformular in dem Sie die Laborparameter auswählen können. Für jeden Parameter wird ein Unterformular ausgefüllt.



Labor definieren

**Laborparameter**

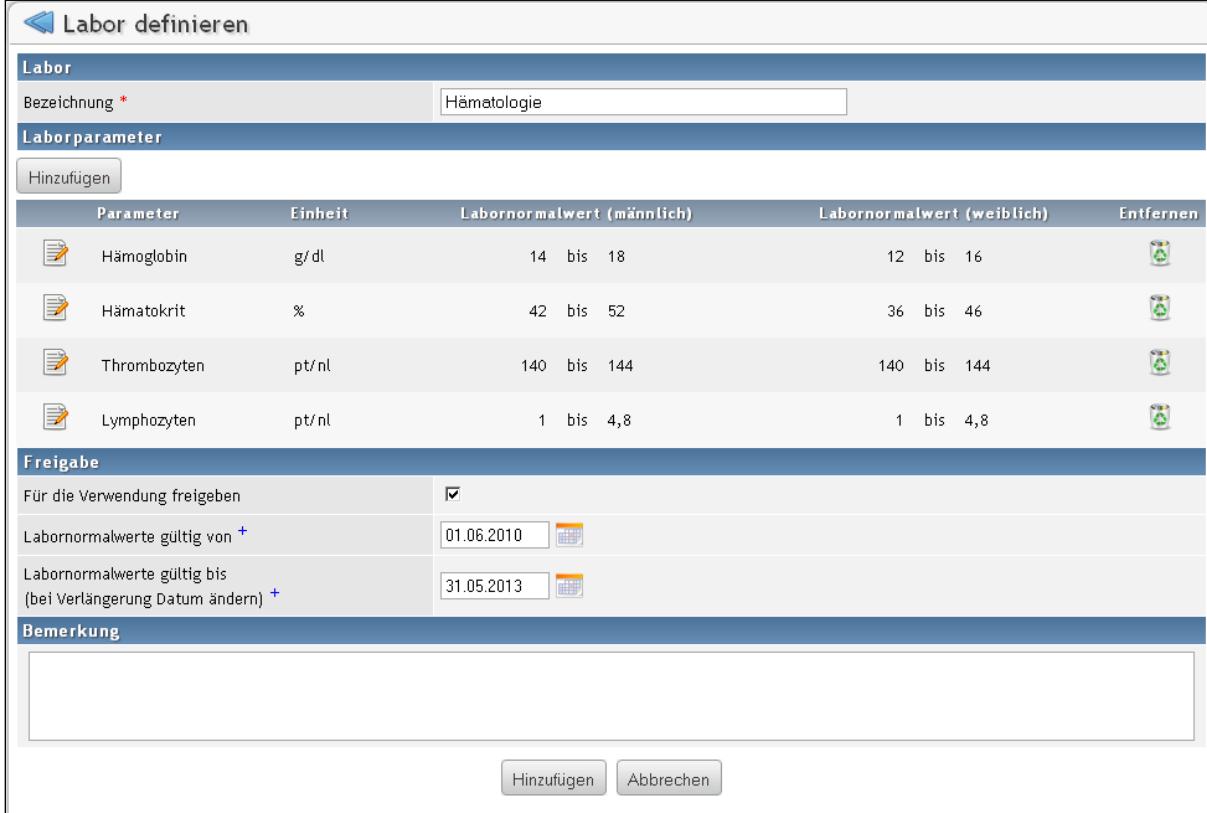
Parameter *	Hämoglobin
Einheit *	g/dl
Labornormalwert (männlich) von	14 bis 18
Labornormalwert (weiblich) von	12 bis 16

**Hinzufügen** **Abbrechen**

Abbildung 26: Screenshot zum Hinzufügen eines Laborparameters

Sie können die Unterformulare auch abspeichern ohne die Labornormalwerte einzutragen.

Wenn alle Laborparameter eingetragen sind geben Sie bitte noch die Gültigkeit der Labornormalwerte an. Diese können Sie in Ihrem Labor erfragen.



**Labor**

Bezeichnung \* Hämatologie

**Laborparameter**

Parameter	Einheit	Labornormalwert (männlich)	Labornormalwert (weiblich)	Entfernen
Hämoglobin	g/dl	14 bis 18	12 bis 16	
Hämatokrit	%	42 bis 52	36 bis 46	
Thrombozyten	pt/ml	140 bis 144	140 bis 144	
Lymphozyten	pt/ml	1 bis 4,8	1 bis 4,8	

**Freigabe**

Für die Verwendung freigeben	<input checked="" type="checkbox"/>
Labornormalwerte gültig von +	01.06.2010
Labornormalwerte gültig bis (bei Verlängerung Datum ändern) +	31.05.2013

**Bemerkung**

**Hinzufügen** **Abbrechen**

Abbildung 27: Screenshot zur Übersicht der eingetragenen Laborwerte.

Des Weiteren müssen Sie die Laboreinheiten freigeben, damit Sie diese in der Patientendokumentation aufrufen können. Bitte prüfen Sie Ihre Angaben vor dem „Hinzufügen“ auf Richtigkeit. Nach der Freigabe können Sie die Werte nicht mehr verändern. Eine Rücknahme ist nur durch den Supervisor möglich (vgl. Kapitel 4.1.2).

**Sollten sich die Laborwerte verändern (z.B. durch andere Nachweisverfahren, andere Einheiten), ändern Sie bitte nicht die alte Vorlage. Setzen Sie diese inaktiv und definieren Sie eine neue Laborvorlage mit den aktuellen Werten und Einheiten.**

### 5.5.1 Verwendete Vorlage inaktiv setzen

Rufen Sie eine bereits verwendete Vorlage auf, wird Ihnen die Möglichkeit gegeben diese Vorlage „inaktiv“ zu setzen. Dies ist auch in der Rolle Datenmanager oder Dokumentar möglich. Setzen Sie das Häkchen und speichern Sie das Formular. Dadurch ist diese Vorlage in der Patientendokumentation in Zukunft nicht mehr ausählbar. Datensätze aus der Vergangenheit, in denen diese Vorlage verwendet wurde, bleiben aber unberührt und richtig dokumentiert.

Die Rücknahme der Inaktivität kann nur vom Supervisor aufgehoben werden. Auch die Verlängerung der Labornormalwerte-Gültigkeit muss vom Supervisor durchgeführt werden.

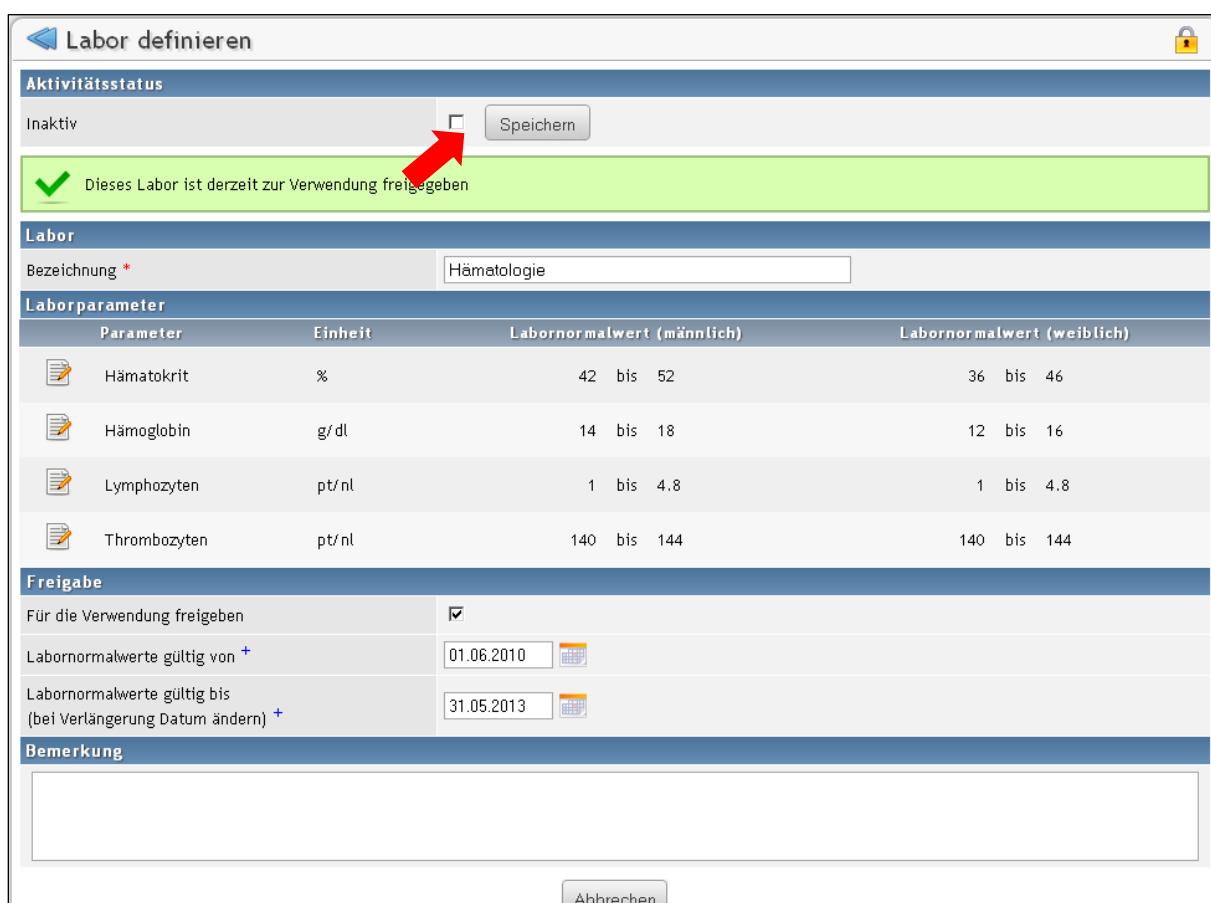


Abbildung 28: Screenshot zum inaktiv Setzen eines Labors.

## 5.6 Fragebogen

Durch Anwählen der Option „Fragebogen“, erscheint Ihnen eine Übersicht aller schon definierten Bögen. Über den „Hinzufügen-Button“ können Sie einen weiteren Fragebogen erstellen.

Bitte geben Sie in dieses Formular eine eindeutige Bezeichnung des Fragebogens ein. Neue Fragen können Sie über den Button „Frage hinzufügen“ ergänzen. Hier haben Sie auch die Möglichkeit einen Antwortbereich zu definieren und einzelne Fragen wieder zu löschen. Bevor Sie diesen Fragebogen in der Patientendokumentation auswählen können, müssen Sie diesen „freigeben“. Bitte bedenken Sie, dass der Fragebogen nur noch in der Rolle „Supervisor“ bearbeitet werden kann, sobald Sie ihn einmal freigegeben haben (vgl. Kapitel 4.1.2).

In der Rolle Dokumentar oder Datenmanager können Sie nun bei dem Patienten die erstellten Fragebögen aufrufen und dokumentieren.

## 5.7 Krankenversicherung

Es ist wichtig, dem Patienten seine Krankenkasse in den Stammdaten zuzuordnen, wenn sie über Alcedis MED Meldungen für das DMP durchführen wollen. Diese Angabe kann dann direkt in die DMP-Meldebögen übernommen werden.

Alcedis MED bietet Ihnen den Komfort, normalerweise keine Krankenkassen hinterlegen zu müssen. Die Krankenkassen sind in der Kostenträger-Stammdaten der KBV hinterlegt und können im Stammdatenblatt direkt angewählt werden. Sie müssen nur die entsprechenden Krankenkassen manuell anlegen, welche nicht in der Kostenträger-Stammdaten hinterlegt sind. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn zwei bisher eigenständige Krankenkassen fusionieren und sich der Name und/oder die Krankenkassenummer hierdurch ändern. In diesem Fall müssen Sie diese Krankenkasse bis zur vierteljährigen Aktualisierung der Kostenträger-Stammdaten zu Quartalsbeginn manuell hinzufügen.

Wählen Sie in den Vorlagen den Punkt Krankenversicherung. Es öffnet sich eine Übersicht mit allen manuell eingetragenen Krankenkassen. Über „Hinzufügen“ gelangen Sie in ein neues Formular, in das Sie die fehlende Krankenkasse eintragen können. Nach dem Abspeichern steht Ihnen die Krankenkasse im Drop Down Menü „Krankenkasse“ der Stammdaten zur Verfügung.

## 5.8 Eigene ICD 10 Labels

In der Anwendung ist zur Dokumentation der Diagnosen der aktuelle ICD-10 Katalog hinterlegt. Verwenden Sie in Ihrer Klinik andere Bezeichnungen für Diagnosen und möchten Sie diese auch im System wiederfinden, können Sie in den Vorlagen unter „eigene ICD 10 Labels“ den Namen der Codes anpassen.

Diese Labels werden auch in Arztbriefen und dem Tumorkonferenz-Protokoll ausgegeben und erhöhen so die Lesbarkeit dieser Dokumente.

Bitte beachten Sie, dass diese Label Änderung für alle Erkrankungen im Alcedis System gilt.

## 5.9 Eigene OPS Labels

In der Anwendung ist zur Dokumentation der Untersuchungs- und Eingriffsprozeduren der aktuelle OPS-Katalog hinterlegt. Verwenden Sie in Ihrer Klinik andere Bezeichnungen für Prozeduren und möchten Sie diese auch im System wiederfinden, können Sie in den Vorlagen unter „eigene OPS Labels“ den Namen der Codes anpassen.

Diese Labels werden auch in Arztbriefen und dem Tumorkonferenz-Protokoll ausgegeben und erhöhen so die Lesbarkeit dieser Dokumente.

Bitte beachten Sie, dass diese Label Änderung für alle Erkrankungen im Alcedis System gilt.

## 5.10 Eigene ICD-O-3

In den Formularen Histologie und Tumorstatus ist die komplette Standard-Codierung nach ICD-O-3 hinterlegt. Sollte Ihnen jedoch ein Morphologie Code fehlen, können Sie diesen in dem Formular „eigene ICD-O-3-Codes“ hinterlegen und anschließend in der Patientendokumentation abrufen.



Abbildung 29: Screenshot zum Definieren eines eigenen ICD-O-3 Codes

In dieses Formular können Sie den fehlenden Code und eine Bezeichnung eintragen. Der Aufbau des zusätzlichen Codes muss allerdings dem üblichen Aufbau eines ICD-O-3 Codes entsprechen (xxxx/x). Durch Hinzufügen speichern Sie diese Daten ab.

Wählen Sie einen offiziellen Code aus und ändern die Bezeichnung wird der Code gedoppelt. Sie können in der Patientendokumentation dann zwischen Ihrer eigenen Bezeichnung und der Originalbezeichnung auswählen.



Abbildung 30: Screenshot zur Übersicht „Code auswählen“

## 5.11 Eigene Auswertungen

In dieser Vorlage können Sie mit SQL-Kenntnissen eigene Auswertungen definieren. Bitte beachten Sie, dass nur „SELECT“ Befehle möglich sind.

Generell sollte im Interesse von korrekt funktionierenden Auswertungen, den Benutzern dieser Funktionalität eine entsprechende gesonderte Schulung vorangehen, bei der Sie auch die relevanten Unterlagen (Feldliste, ER-Modell der Datenbeziehungen) erhalten.

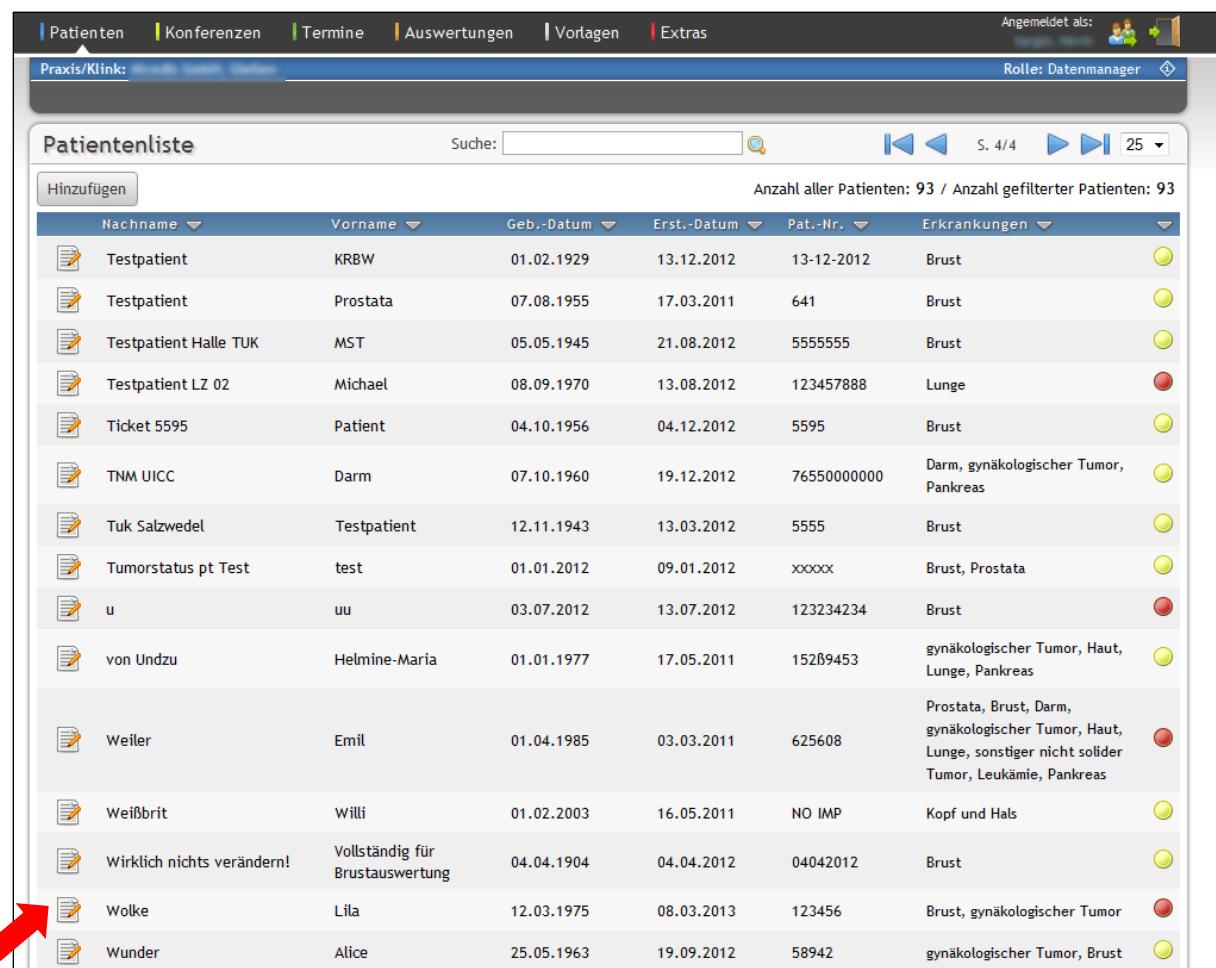
## 6 Patientendokumentation

### 6.1 Patientenliste

Haben Sie mit der Dokumentation eines Patienten bereits begonnen und wollen diese fortsetzen, finden Sie den Patienten in der Patientenliste. Von dort können Sie über den „Bearbeiten“ Button direkt mit der Dokumentation fortfahren.

### 6.2 Patienten Hinzufügen Liste

Im System angelegte Patienten, auf deren Stammdaten oder Erkrankung Sie kein Dokumentationsrecht haben, können Sie in dieser „Hinzufügen“ Liste finden.



Patientenliste						Suche:	Anzahl aller Patienten: 93 / Anzahl gefilterter Patienten: 93	
Hinzufügen								
Nachname	Vorname	Geb.-Datum	Erst.-Datum	Pat.-Nr.	Erkrankungen			
Testpatient	KRBW	01.02.1929	13.12.2012	13-12-2012	Brust			
Testpatient	Prostata	07.08.1955	17.03.2011	641	Brust			
Testpatient Halle TUK	MST	05.05.1945	21.08.2012	5555555	Brust			
Testpatient LZ 02	Michael	08.09.1970	13.08.2012	123457888	Lunge			
Ticket 5595	Patient	04.10.1956	04.12.2012	5595	Brust			
TNM UICC	Darm	07.10.1960	19.12.2012	76550000000	Darm, gynäkologischer Tumor, Pankreas			
Tuk Salzwedel	Testpatient	12.11.1943	13.03.2012	5555	Brust			
Tumorstatus pt Test	test	01.01.2012	09.01.2012	xxxxx	Brust, Prostata			
u	uu	03.07.2012	13.07.2012	123234234	Brust			
von Undzu	Helmine-Maria	01.01.1977	17.05.2011	152ß9453	gynäkologischer Tumor, Haut, Lunge, Pankreas			
Weiler	Emil	01.04.1985	03.03.2011	625608	Prostata, Brust, Darm, gynäkologischer Tumor, Haut, Lunge, sonstiger nicht solider Tumor, Leukämie, Pankreas			
Weißbrit	Willi	01.02.2003	16.05.2011	NO IMP	Kopf und Hals			
Wirklich nichts verändern!	Vollständig für Brustauswertung	04.04.1904	04.04.2012	04042012	Brust			
Wolke	Lila	12.03.1975	08.03.2013	123456	Brust, gynäkologischer Tumor			
Wunder	Alice	25.05.1963	19.09.2012	58942	gynäkologischer Tumor, Brust			

Abbildung 31: Screenshot für die Auswahl von Patienten bzw. „Hinzufügen“ von Patienten

Wenn Sie einen Patienten hinzufügen möchten, der nicht in der „Patienten Hinzufügen Liste“ zu finden ist, öffnet sich durch Anklicken des Buttons „Patient anlegen“ aus der Option „Hinzufügen“ heraus ein leeres Formular Stammdaten in das Sie den Patienten eintragen können. Anschließend gelangen Sie sofort in die Patientenübersicht dieses Patienten.



Abbildung 32: Screenshot zum Anlegen eines Patienten, der nicht in der „PatientenHinzufügenListe“ zu finden ist.

Um den Patienten aus der Hinzufügenliste in die Patientenliste zu bringen ordnen Sie dem gesuchten Patienten die passende Erkrankung zu (2) und fügen den Patienten hinzu (1). Sollte in dem Erkrankungdropdown bereits eine Erkrankung vorgeschlagen sein wurde vom KIS eine Diagnose zu dieser Erkrankung passend übermittelt. Sie können diese Erkrankung beibehalten oder in eine andere Erkrankung ändern, sofern Sie ein Recht dazu besitzen.

### 6.3 HL7 Import

Der HL7 Import ist eine Schnittstelle zwischen dem KIS und Alcedis MED. Es werden je nach einmal gewählter Konfiguration automatisch, halbautomatisch oder manuell, Patientenstammdaten aus dem KIS in Alcedis MED übernommen. Diese Übernahme geschieht automatisch. Um einen HL7 Import anzustoßen bedarf es nur einer der folgenden HL7-Events im KIS

- ADT^A01: Neuaufnahme
- ADT^A02: Verlegung
- ADT^A03: Entlassung
- ADT^A04: ambulante Aufnahme
- ADT^A05: vorstationäre Aufnahme
- ADT^A06: Änderung von ambulant in stationär
- ADT^A07: Änderung von stationär in ambulant
- ADT^A08: Änderungsnachricht
- ADT^A31: Personendaten ändern
- ADT^P01: Hinzufügen von Abrechnungsinformationen (kundenspezifisch)
- BAR^P01: Hinzufügen von Abrechnungsinformationen

Damit nur die Patienten in Alcedis eingepflegt werden, die Sie wünschen wird ein Filter eingesetzt.  
Mögliche Filterkriterien sind:

- Diagnose (ICD-10)
- Diagnosetyp (z.B. Haupt- oder Nebendiagnose)
- Abteilungskennung

### **Vollautomatischer Import**

In diesem Importmodus werden alle Patienten, die bestimmten Filterkriterien (Diagnose, Diagnosetyp, Fachabteilung) entsprechen, automatisch in die Patientenliste übernommen. Alle weiteren vom KIS übermittelten Daten werden verworfen.

### **Halbautomatischer Import**

In diesem Modus werden die verworfenen Patientendaten nicht komplett ignoriert, sondern stehen dem Benutzer in der Patientenliste unter der Schaltfläche "Patienten importieren" zur Verfügung.

Nach Klick auf diese Schaltfläche erhält der Benutzer eine Liste aller im Cache (Puffer-Speicher) befindlichen Patienten. Anhand der Diagnose-Referenzliste (Anlage 1) schlägt das System die zusätzlich zu den Stammdaten anzulegende Erkrankung vor. Dies kann vom Benutzer per Dropdown korrigiert werden; auch eine Leerauswahl (Patient anlegen ohne Erkrankung) ist möglich.

Für den einzelnen Patienten kann per Checkbox ausgewählt werden, ob der Import stattfinden soll. Ebenso existieren Schaltflächen für "alle auswählen" und "keine auswählen".

### **Manueller Import**

In diesem Modus erfolgen keine automatischen Importe. Alle über einen Filter definierten Patienten werden in die Hinzufügen-Liste geschrieben, von dort aus können sie in die Patientenliste zugeordnet werden.

### **Vorlagen - Krankenversicherung**

Krankenversicherungen, deren IK-Nr. nicht bereits in der Kostenträger-Stammdatei der KBV oder als entsprechende Vorlage gespeichert ist, werden beim Import eines Patienten mit dieser Versicherung angelegt.

Ebenso erfolgt die Zuordnung zu dieser Versicherung im Formular Patienten-Stammdaten.

### **Mitbehandler sowie Vorlagen - Arzt**

Ärzte, die nicht bereits als entsprechende Vorlage gespeichert sind, werden beim Import eines Patienten mit diesem Behandler angelegt.

Der Identifikator hierfür ist wie folgt konfigurierbar:

1. Lebenslange Arztnummer
2. Betriebsstättennummer
3. Kombination aus 1. und 2. (Und-Verknüpfung)
4. Name und PLZ

## 6.4 Patientenübersicht

In der Patientenübersicht erhalten Sie einen Überblick, welche Erkrankungen beim Patienten bereits angelegt sind. Sollten es mehrere sein haben Sie das Recht alle Formulare jeglicher Erkrankung zu lesen. Änderungen können Sie aber nur in Erkrankungen vornehmen für die Sie ein Dokumentationsrecht haben.

Des Weiteren finden Sie hier das Stammdatenformular und vier übergeordnete Formulare, die sie mit jedem Erkrankungsrecht in der Rolle Dokumentar oder Datenmanager anlegen und bearbeiten können. Alle Formulare, außer dem Abschlussformular, können beliebig oft angelegt werden.

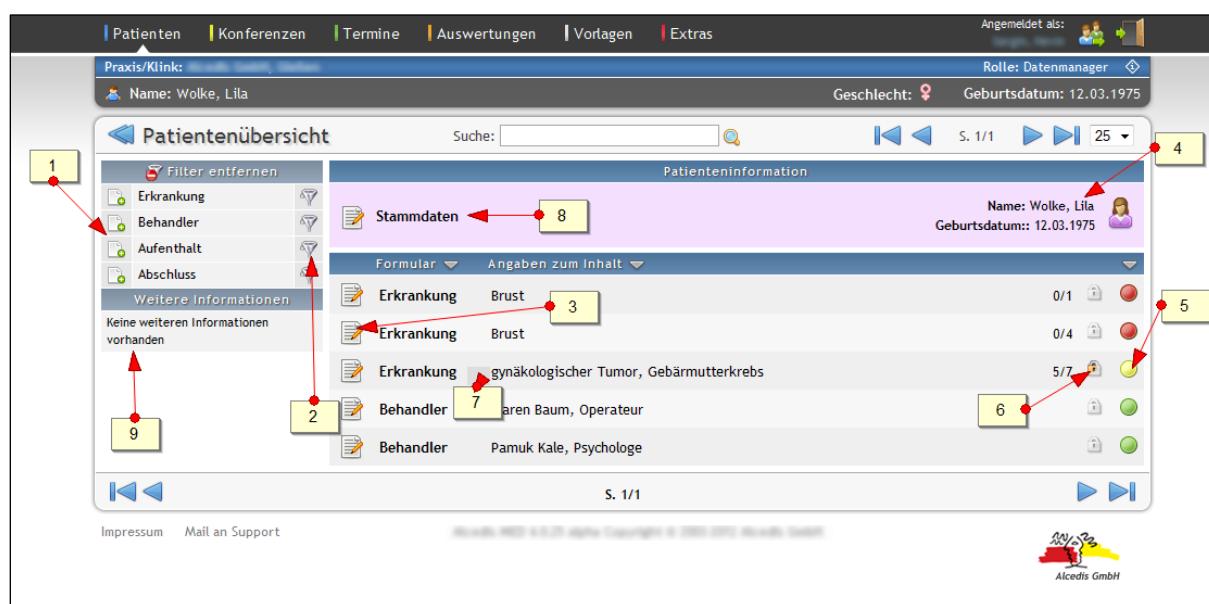


Abbildung 33: Screenshot zur Menüerklärung in der Patientenübersicht

1. neues Formular hinzufügen
2. nur bestimmte bereits dokumentierte Formulare anzeigen
3. Bearbeiten dieser Erkrankung, öffnet die Erkrankungsübersicht
4. Name und Geburtsdatum des aktuell ausgewählten Patienten
5. Öffnet den Status um den Dokumentationsstand zu überprüfen (siehe Kapitel 7)
6. Anzahl der dokumentierten Formulare (Hier sind 7 Formulare in der Erkrankung „Darm“ dokumentiert, von denen 5 abgeschlossen sind.)
7. Liste aller bereits angelegten Formulare der Patientenübersicht
8. Formular Stammdaten
9. Gesammelte Fotos des Patienten aus allen Erkrankungen (wenn vorhanden)

#### 6.4.1 Stammdaten

Von hier aus hat der Supervisor die Möglichkeit, den gesamten Patienten mit allen Erkrankungen und Formularen zu löschen. Es können Daten nachgetragen oder verändert werden.

**Bitte achten Sie darauf, dass im Feld „Patientennummer“ die fallübergreifende, lebenslang unveränderliche Patienten-ID eingetragen wird. Mittels dieser Nummer können Sie den Patienten eindeutig identifizieren. Vor allem bei der Nutzung von Schnittstellen ist diese Nummer wichtig, um Dopplungen oder Verwechslungen zu vermeiden.**

#### 6.4.2 Erkrankung

Mit diesem Formular ordnen Sie dem Patienten eine neue Erkrankung zu. Dazu öffnen Sie das Formular, wählen die entsprechende Erkrankung aus und ergänzen bei Bedarf noch Informationen in der Kurzbeschreibung. Diese Kurzbeschreibung ist dann in der Patientenübersicht hinter der Erkrankung sichtbar. Auch den Einweiser können Sie hier in diesem Dokument eintragen. Sie gelangen durch Anlage dieses Formulars direkt in die Erkrankungsübersicht.

Wenn Sie eine Zweiterkrankung anlegen möchten, legen Sie bitte wie oben beschrieben ein neues Formular „Erkrankung“ an.

#### 6.4.3 Behandler

In dem Formular Behandler können Sie dem Patienten Ärzte, die Sie in der Vorlage Arzt hinterlegt haben, zum Beispiel als Hausarzt oder Facharzt zuordnen. Soll ein Arzt mit mehreren Funktionen bei einem Patienten dokumentiert werden, kann er mehrfach mit verschiedenen Funktionen angelegt werden.

Haben Sie im Rahmen der integrierten Versorgung dem Haus- oder Facharzt Zugangsrechte eingeräumt, sieht dieser nur die Patienten, bei denen er als Behandler angelegt ist.



Patienteninformation	
<b>Stammdata</b>	Name: Bachler, Bettina Geburtsdatum:: 08.04.1958
<b>Formular</b>	<b>Angaben zum Inhalt</b>
<b>Erkrankung</b>	Brust 41/42
<b>Erkrankung</b>	Darm 2/51
<b>Behandler</b>	Hans Müller, Facharzt
<b>Behandler</b>	Hans Müller, Hausarzt
<b>Behandler</b>	Klaus Bach, Radiologe
<b>Aufenthalt</b>	324234234, 01.06.2011 - 29.06.2011
<b>Abschluss</b>	Patient verstorben

Abbildung 34: Screenshot zum Anlegen eines Behandlers

#### 6.4.4 Aufenthalt

Das Formular Aufenthalt kann beliebig oft angelegt werden und dokumentiert jeden Aufenthalt mit Aufnahmenummer, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum und behandelnder Abteilung.

Bei aktiver HL7 Schnittstelle werden die im KIS dokumentierten Aufenthalte mit Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie Aufnahmenummer übernommen.

Die Dokumentation des Aufenthalts kann für die Primärfalldefinition sowie für die QS-Dokumentation nach §137a SGB V relevant sein.

#### 6.4.5 Abschluss

Das Abschlussformular wird dann ausgefüllt, wenn Sie keine neuen Informationen mehr zum Patienten erhalten können.

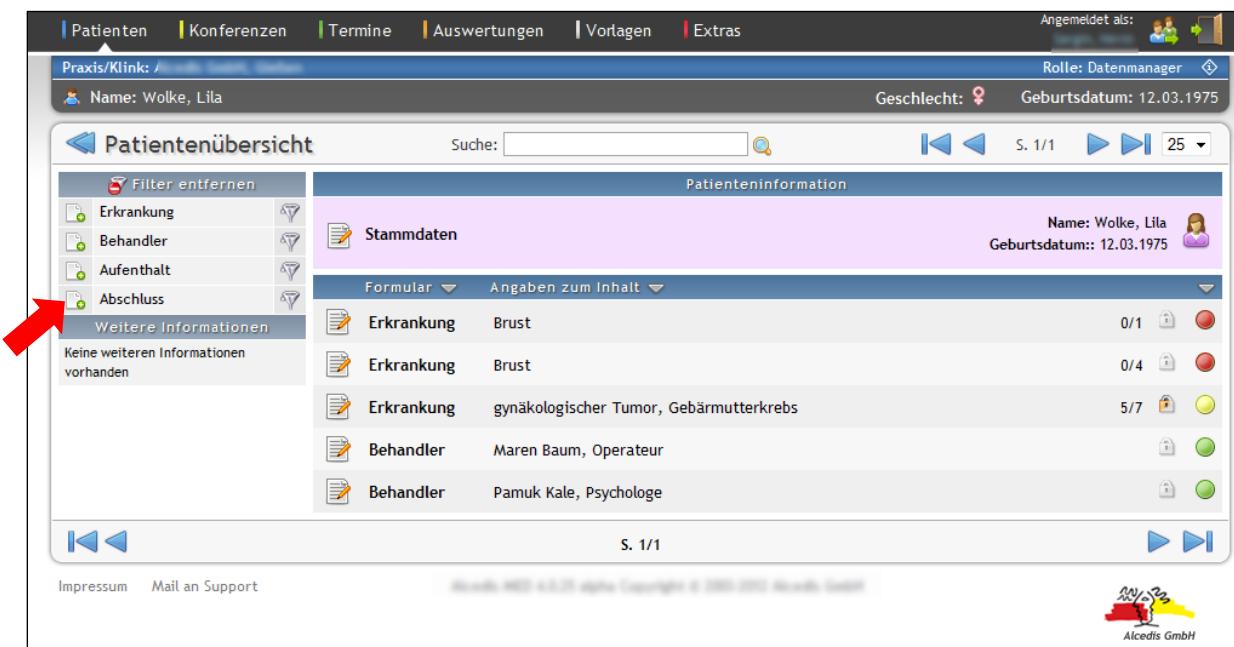
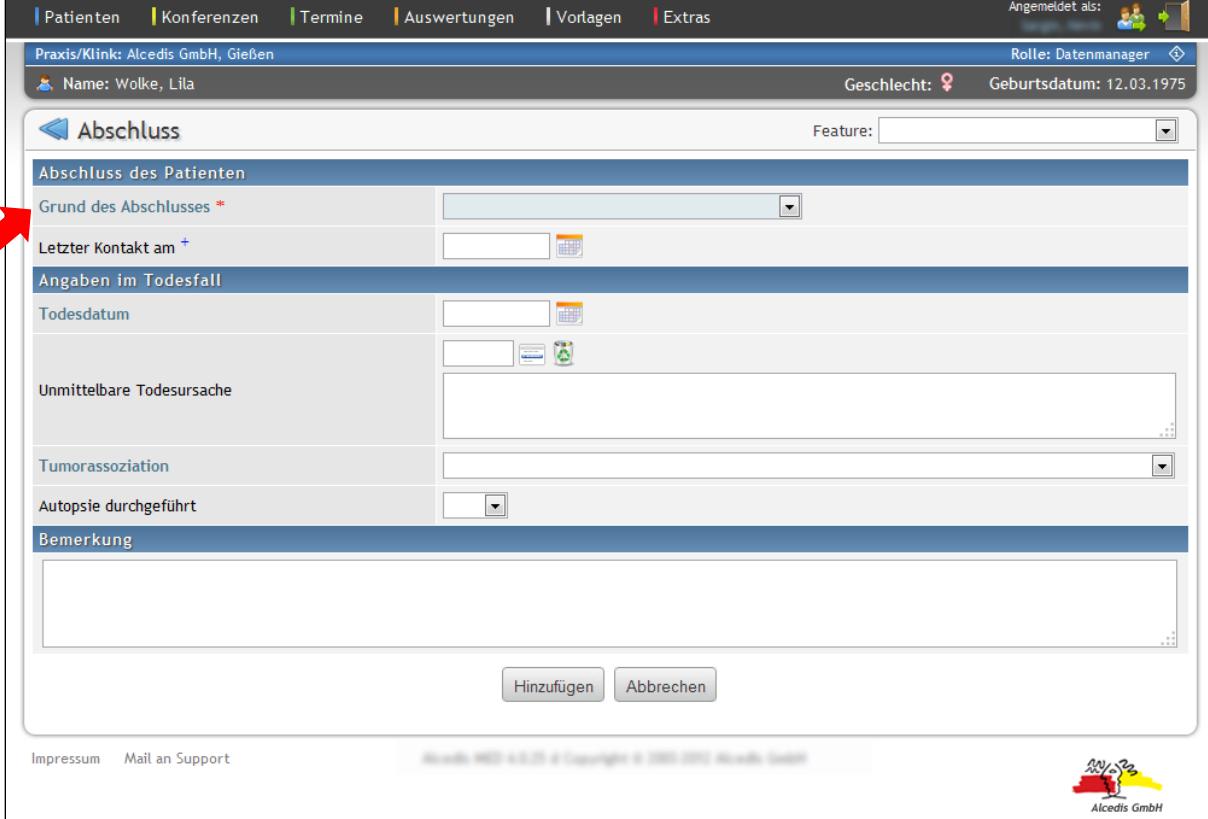


Abbildung 35 a: Screenshot zum Anlegen eines Abschluss-Formulars

Das Abschlussformular kann nur ein Mal pro Patient angelegt werden.



The screenshot shows the 'Abschluss' (Conclusion) form in the Alcedis MED software. At the top, there are navigation links for Patienten, Konferenzen, Termine, Auswertungen, Vorlagen, and Extras. The user is logged in as 'Angemeldet als: Datenmanager' (Logged in as: Data Manager). The patient information at the top includes 'Praxis/Klinik: Alcedis GmbH, Gießen', 'Name: Wolke, Lila', 'Geschlecht: ♀', and 'Geburtsdatum: 12.03.1975'. The main form has sections for 'Abschluss des Patienten' (Patient's Conclusion), 'Angaben im Todesfall' (Information on death), and 'Bemerkung' (Comment). The 'Grund des Abschlusses \*' (Reason for conclusion) field is highlighted with a red arrow. Other fields include 'Letzter Kontakt am +' (Last contact on +), 'Todesdatum' (Death date), 'Unmittelbare Todesursache' (Direct cause of death), 'Tumorassoziation' (Tumor association), and 'Autopsie durchgeführt' (Autopsy performed). Buttons at the bottom include 'Hinzufügen' (Add) and 'Abbrechen' (Cancel). The footer contains links for Impressum and Mail an Support, and the Alcedis logo.

Abbildung 35 b: Screenshot des Abschlussformulars

Dies kann aus folgenden Gründen der Fall sein:

- Patient verstorben,
- Lost to follow-up <sup>1</sup>,
- Follow-up aller Erkrankungen abgeschlossen
- Patient ist nicht in Behandlung/Nachsorge

Sollte der Patient nach einem „Lost to Follow- up“ Ereignis doch wieder in Ihre Behandlung zurückkehren, können Sie das Formular löschen und den Patienten weiter dokumentieren.

#### 6.4.6 Fotos des Patienten

Unter diesem Menüpunkt finden Sie eine Übersicht aller beim Patienten dokumentierten Fotos. Wie Sie ein neues Foto hinzufügen können lesen Sie im Kapitel 6.6.22.

---

\*1: Lost to follow-up: ohne aktuelle Verlaufskontrolle bei klinischer Studie. Patient, der beispielsweise die Studie zwar beendet hat, aber nicht mehr an Nachsorgeuntersuchungen teilnehmen wird/kann. Gründe können verschiedene sein.

## 6.5 Erkrankungsübersicht

Im folgenden Screenshot wird die Erkrankungsübersicht erläutert.

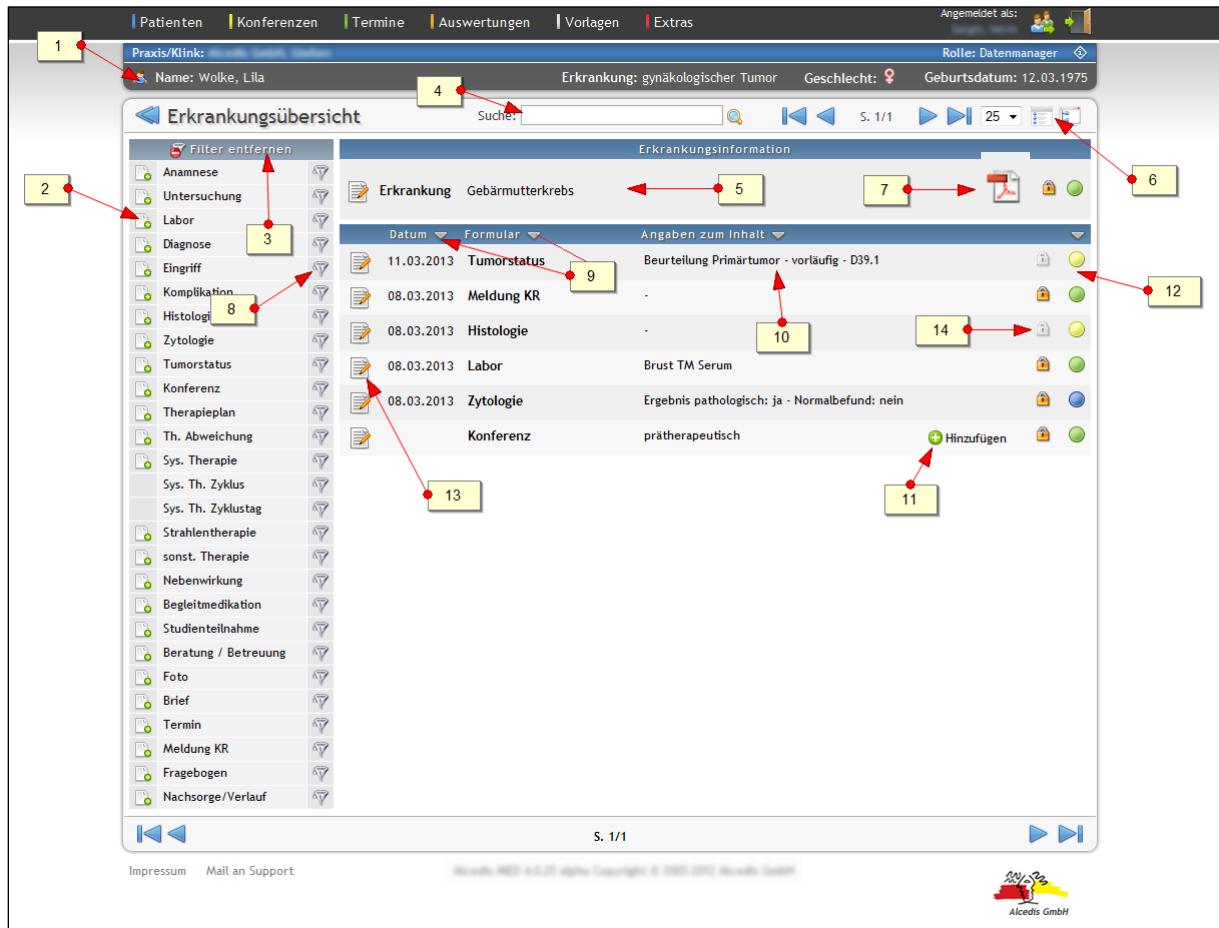


Abbildung 36a: Screenshot für die Erklärung der Menüführung bei der Erkrankungsübersicht des Patienten.

1. Wechsel in die Patientenübersicht
2. Hinzufügen eines neuen Formulars (z.B. Labor)
3. alle gesetzten Filter auf einmal entfernen
4. Suche nach Formularen, Daten oder Angaben zum Inhalt, auch Wortteile sind möglich (vgl. Kapitel 3.3)
5. Formular der aktuell ausgewählten Erkrankung
6. Wahl zwischen Listenansicht und Baumansicht aller bereits angelegten Formulare
7. (optional und nur bei der Erkrankung Brust) DMP Einverständniserklärung zum Ausdrucken
8. Filter setzen: Es werden von den bereits dokumentierten Formularen nur die angezeigt, die dem Filter entsprechen. Es können mehrere Filter gleichzeitig gesetzt werden, die beliebig ein- und ausgeschaltet werden können (vgl. Kapitel 3.4).
9. Sortierung der Formulare nach Datum, bzw. Alphabet auf- oder absteigend
10. Angaben zum Inhalt enthalten einige relevante Informationen zu den jeweiligen ausgefüllten Formularen
11. Hinzufügen neuer Formulare mit direkter Zuordnung des jeweiligen bereits dokumentierten Formulars

12. Statusanzeige:
  - gelb = es sind noch nicht alle zertifizierungsrelevanten Felder dokumentiert
  - grün = alle zertifizierungsrelevanten Felder sind dokumentiert, (nicht alle Formularfelder)
  - blau = das Formular wurde manuell abgeschlossen.  
(vgl. Kapitel 7.1)
13. Liste bereits dokumentierter Formulare. Über den Bearbeiten Button können diese Formulare nachbearbeitet werden.
14. Schloss zum Abschließen einzelner Formulare.
  - Graues Schloss = Formular ist nicht abgeschlossen
  - gelbes Schloss = Formular wurde vom Datenmanager abgeschlossen  
(vgl. Kapitel 7.4)

## 6.6 Formulare der Erkrankungsübersicht

Alle neuen Formulare finden Sie in der Patientenübersicht und in der Erkrankungsübersicht jeweils auf der linken Seite im Bild. Bereits angelegte Formulare finden Sie mittig positioniert. Einen einfachen Überblick über vorhandene Formulare verschaffen Sie sich anhand der Filter und Suchfunktionen, die in den Abschnitten 3.3 und 3.4 erklärt sind.

Sie müssen nicht immer alle Felder in einem Formular füllen. Sogenannte „Mussfelder“ sind Felder, die durch ein rotes Sternchen gekennzeichnet sind. Werden diese Felder nicht ausgefüllt gibt das Programm Fehlermeldungen aus und das Formular kann nicht abgespeichert werden. Für die Zertifizierung relevante Felder sind blau hervorgehoben. Diese sollten nach Möglichkeit dokumentiert werden, aber ein Abspeichern des Formulars ist auch ohne Füllung dieser Felder möglich. Alle weiteren, einfachen schwarzen Felder sind ggf. bei Exporten oder Schnittstellen relevant bzw. können optional dokumentiert werden.

Alle Formulare können beliebig oft angelegt werden.

In jedem Formular finden Sie als letztes Feld ein „Bemerkungsfeld“ in das Sie Freitext eintragen können. Bitte beachten Sie, dass Freitextfelder nicht für Auswertungen herangezogen werden können. Sie können aber zum Beispiel Verwendung in Tumorkonferenzprotokollen finden.

### 6.6.1 Anamnese

Im Anamneseformular können die Basisanamnese sowie die Risikofaktoren erfasst werden. Auch die Familienanamnese, Lebensqualitätsabfragen, die Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen, Screening Programme oder auch die bestehenden Erkrankungen inklusive Malignome in der Vorgesichte können hier dokumentiert werden.

Haben Sie bereits ein Anamneseformular ausgefüllt und legen ein neues Formular an, werden Ihnen die Angaben aus der zuletzt angelegten vergangenen Anamnese vorgeblendet. Sie können die Daten beliebig bearbeiten. Nach dem ersten Speichern ist keine nachträgliche Vorblendung mehr möglich.

## 6.6.2 Tumorstatus

Das Formular Tumorstatus ist das wichtigste Formular in der Dokumentation. Ohne ein Formular Tumorstatus kann der Patient nicht für die Auswertung gezählt werden und das Protokoll für die Tumorkonferenz füllt sich nur unzureichend.

Sind ein Tumorstatus und auch weitere Formulare dokumentiert, aber eines der folgenden Felder angewählt: „**Patient kommt nur zur Zweitmeinung**“, „**Patient kommt nur zur Diagnosesicherung**“, „**Behandlung erfolgt in anderem Zentrum**“ zählt der Patient ebenfalls nicht für die Auswertungen.

Im Tumorstatus wird die Tumorerkrankung des Patienten mit den wichtigsten Angaben zusammengefasst.

Das „**Datum der Beurteilung**“ ist das Datum an dem das Formular „Tumorstatus“ ausgefüllt wird, bzw. der Tag an dem die Zusammenfassung stattfindet.

Das „**Datum der Sicherung**“ ist das Datum der letzten Information, die in dieses Tumorstatusformular eingetragen wurde, bzw. das Datum der ersten Information wenn eine neue Situation, Rezidiv/Progress vermuten. Sollte sich dieser Verdacht nicht bestätigen können Sie das Formular nachträglich abändern oder löschen.

Über das Feld „Anlass“ definieren Sie die aktuelle therapeutische Situation des Patienten. Zum Beispiel wurden folgende Tumorstatus dokumentiert:

- Datum der Sicherung 01.02.2010 mit Anlass „Beurteilung des Primärtumors“
- Datum der Sicherung 02.03.2011 mit Anlass „Beurteilung des 1.Rezidivs/Progresses“
- Datum der Sicherung 03.04.2012 mit Anlass „Beurteilung des 2.Rezidivs/Progresses“

Dadurch würden alle Formulare zum Beispiel Histologie, Untersuchung, Eingriff..., die mit Datum dokumentiert wurden, von Beginn bis zum 01.03.2011 zur malignen Primärerkrankung gehören, alle Formulare vom 02.03.2011 bis zum 02.04.2012 zum 1. Rezidiv/Progress und alle Formulare ab dem 03.04.2012 für das 2. Rezidiv/Progress gewertet werden.

Die Art eines Rezidivs dokumentieren Sie indem Sie als Anlass Rezidiv/Progress auswählen und zusätzlich eine oder mehrere Checkboxen „bei Rezidiv“ auswählen. So würden Sie auch ein PSA-Rezidiv dokumentieren. **Bitte tragen Sie bei einem Rezidiv in das Feld "Hauptdiagnose" die Diagnose des ursprünglichen Primärtumors ein.**

Abbildung 36b: Screenshot vom ausgefüllten Formular Tumorstatus.

Tritt eine Zweiterkrankung auf muss diese, wie im Kapitel 6.4.2 beschrieben, als eigene neue Erkrankung dokumentiert werden.

Das Feld „Sicherungsgrad“ entscheidet, ob die im Tumorstatus gemachten Angaben vorläufig oder endgültig sind. Sie können beliebig viele vorläufige Tumorstatus Formulare anlegen, aber nur einen endgültigen Tumorstatus pro Situation. Wir empfehlen pro Situation 2-3 Tumorstatusformulare anzulegen:

- Einen vorläufigen klinischen Tumorstatus,
- einen vorläufigen Tumorstatus nach neoadjuvanter Therapie
- und einen endgültigen Tumorstatus nach erfolgter Operation.

Haben Sie zu dem einen oder anderen Status keine Information, füllen Sie entsprechend einen Status weniger aus.

Haben Sie für den Tumorstatus relevante Daten schon in einem Histologie Formular oder einem vorangegangenen Tumorstatus Formular dokumentiert, brauchen Sie die Angaben nicht doppelt dokumentieren, sondern können diese Daten vorbelegen lassen. Wählen Sie dazu den Button „Daten vorbelegen“ an. In der Erkrankung Brust wählen Sie bitte zusätzlich noch die Seite aus, die Sie anlegen möchten.

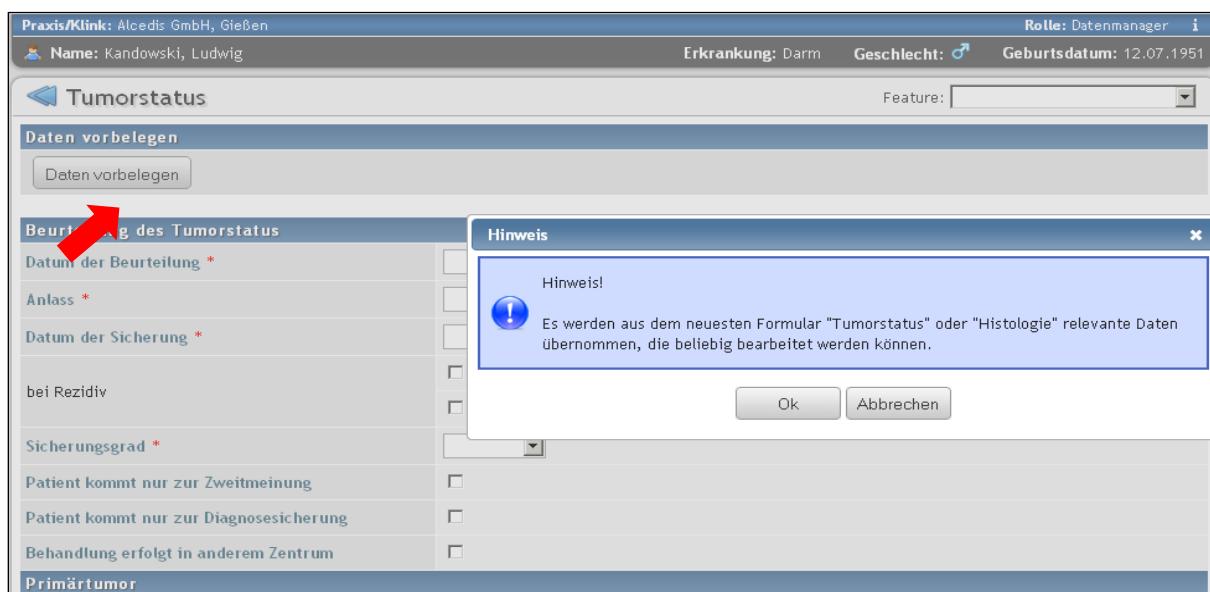


Abbildung 37: Screenshot bei erneutem Anlegen eines Formulars „Tumorstatus“, wobei dieser dann vorbelegt wird.

Die vorgefüllten Felder sollten unbedingt geprüft und können beliebig bearbeitet werden. Nach Füllung noch fehlender Felder kann das Formular abgespeichert werden.

**Im Feld „Lokalisation“ des Abschnittes Primärtumor müssen Sie die Lokalisation des Primärtumors angeben. Dies ist wichtig, da die Lokalisation zur Berechnung von z. B. UICC oder FIGO-Stadien herangezogen wird. Des Weiteren verlangen die regionalen Krebsregister eine Lokalisations-Angabe.**

**Die Angabe erfolgt in der Codierung der ICD-O-3-Topologie.**

**Die Lokalisation von Metastasen** tragen Sie bitte in das Unterformular „Lokalisation von Metastasen“ ein (siehe Abbildung 38).

Die hier gemachten Angaben zu Metastasen sind relevant in Bezug auf Auswertungen (z.B. Lebermetastasen bei Darmkrebs).

Primärtumor/Rezidiv								
Hauptdiagnose *	C50.3	links	▼					
Mammakarzinom								
❖ Metastasenlokalisierung bitte nicht hier, sondern im entsprechenden Abschnitt "Lokalisation von Metastasen" dokumentieren.								
Lokalisation Primärtumor / lokoregionäres Rezidiv	links	▼						
Gesamttumogröße	8002/3							
Morphologie	Kleinzeliger maligner Tumor							
Gesamttumogröße	<input type="text"/>	mm	x	<input type="text"/>	mm	x	<input type="text"/>	mm
multizentrisch	<input type="checkbox"/>							
multifokal	<input type="checkbox"/>							
Mikrokalk	<input type="checkbox"/>							
Morphologie der in-situ-Komponente eines invasiven Tumors	links	▼						
Lokoregionäre Lymphknoten								
LK Anzahl entfernt	2							
LK Anzahl befallen	5							
Lokalisation von Metastasen								
<a href="#">Hinzufügen</a>								
Lokalisation	Seite	Text		Entfernen				
C50.9	links	Brustdrüse						
C50.0		Mamille						

Abbildung 38: Screenshot zur beispielhaften Dokumentation von Metastasen

### 6.6.3 Untersuchung

Für jede Untersuchung, die Sie beim Patienten dokumentieren möchten, wird ein Untersuchungsformular angelegt. Die Art der Untersuchung wird als OPS Code dokumentiert. Sie können den Code direkt eingeben oder über den sogenannten Codepicker auswählen.

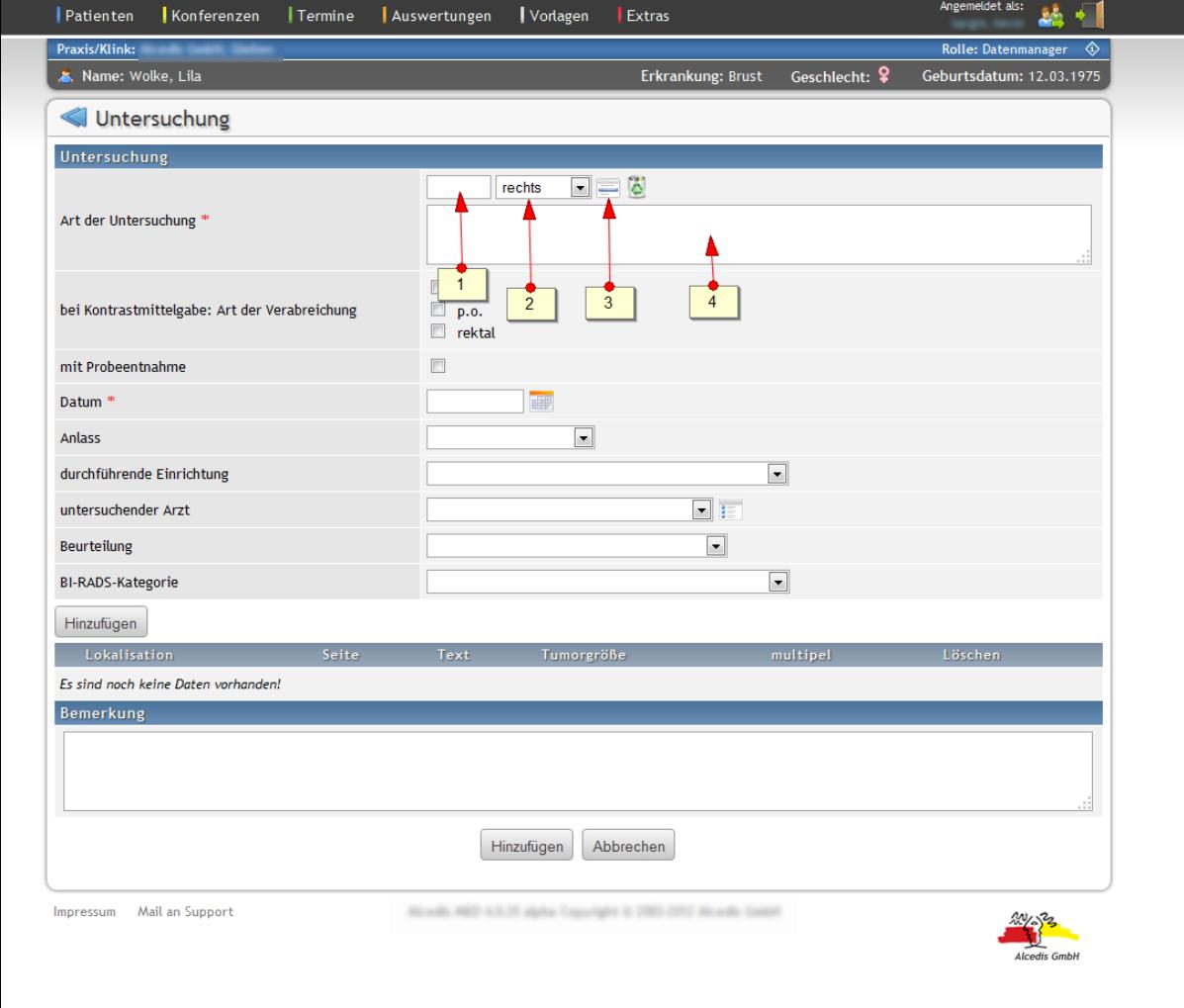


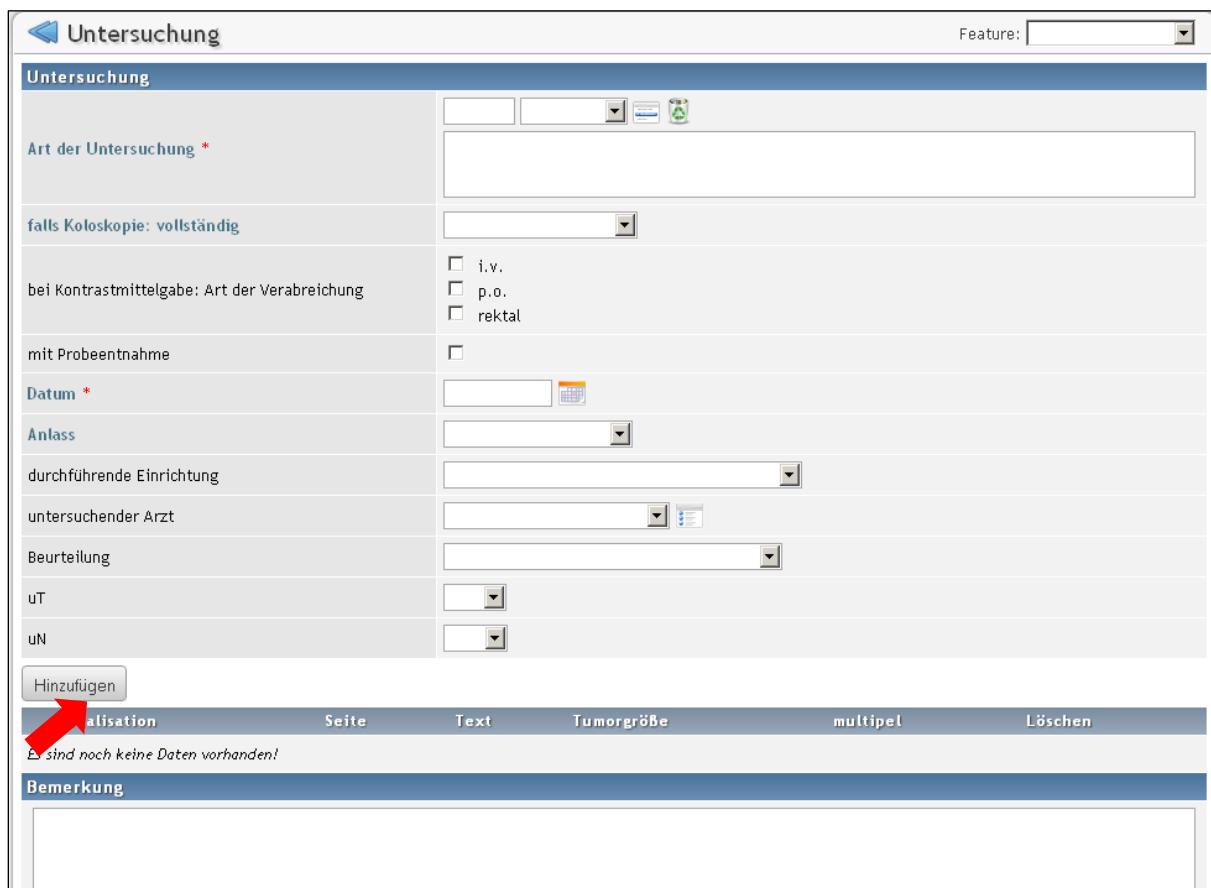
Abbildung 39: Screenshot zur Erklärung des Formulars „Untersuchung“

1. direkte Codeeingabe, der Text füllt sich automatisch nach Abspeichern des Formulars
2. Bsp.: Bei diesem Patienten ist die Erkrankung Brust mit der Erkrankungsseite rechts bereits vorgegeben. Sonst ist dieses Feld manuell zu wählen.
3. Code über den Codepicker suchen (vgl. Kapitel 6.9.2.1)
4. Text/Bezeichnung des ausgewählten Codes. Kann beliebig ergänzt oder verändert werden.  
Wenn Sie den Code direkt eingeben und das Text-/Bezeichnungsfeld leer lassen füllt sich dieses nach abspeichern des Hauptformulars automatisch. Geben Sie einen eigenen Text ein wird dieser nicht überschrieben.

Wie oben geschrieben werden alle Untersuchungen in ein Untersuchungsformular eingetragen. So auch z.B. die Nachsorgeuntersuchung. Über das Feld „Anlass“ können Sie den Hintergrund der Untersuchung auswählen.

Die genaue Lokalisation oder Lokalisationen des Befundes können Sie in das Unterformular „Lokalisation des Befundes“ eingeben. Hier können Sie auch Größe des Befundes oder z.B. Multizentrität angeben. Bitte beachten Sie, dass der Lokalisationscode der ICD-O-3 Topologie Code ist und nicht der ICD-D-10 Diagnose Code. Die offiziellen Kataloge können Sie auf der Internetseite von DIMDI herunterladen oder einsehen (<http://www.dimdi.de>).

Pro diagnostizierte Lokalisation kann ein Unterformular angelegt werden.



Localization	Seite	Text	Tumorgröße	multipel	Löschen
Es sind noch keine Daten vorhanden!					

Abbildung 40: Screenshot zur Übersicht, wo im Formular „Untersuchung“ Unterformulare angelegt/ zugefügt werden.

Einige Prozeduren, wie zum Beispiel eine Stanzbiopsie, sind nicht eindeutig als Untersuchung oder Eingriff zuzuordnen. Sie können diese Untersuchung, diesen Eingriff in beiden Formularen, Eingriff oder Untersuchung, dokumentieren.

**Bitte prüfen Sie in den Hilfetexten der jeweiligen Organzentren welche Prozeduren aus welchem Formular gezählt werden. Zum Beispiel wird für das Darmkrebszentrum die diagnostische Koloskopie aus dem Untersuchungsformular gezählt, die therapeutische Koloskopie aber aus dem Eingriffsformular.**

### 6.6.3.1 Codepicker



Abbildung 41a: Screenshot zum Codepicker

Wenn sie den Codepicker aufrufen, haben Sie verschiedene Möglichkeiten den passenden Code auszuwählen.

Nach Beginn der Dokumentation sehen Sie als erstes eine Top10 Liste (1). Diese bildet Ihnen die 10 am Häufigsten ausgewählten Codes dieser Erkrankung in diesem Formular ab. Die Top-Liste kann bei Bedarf auch einmalig mit einer anderen Anzahl konfiguriert werden, zum Beispiel Top20.

Darüber hinaus haben Sie auch die Möglichkeit sich über den Katalog zu dem passenden Code hinzuklicken (2) oder über eine Suchfunktion nach dem passenden Code zu suchen (3). Bitte beachten Sie, dass aufgrund von Lizenzbestimmungen, die Suche eine Suche nach vorhandenen Bezeichnungen und Codes ist und keine Thesaurus Suche. Sie können nach ganzen Wörtern, Wortteilen oder Codes suchen.

### 6.6.4 Labor

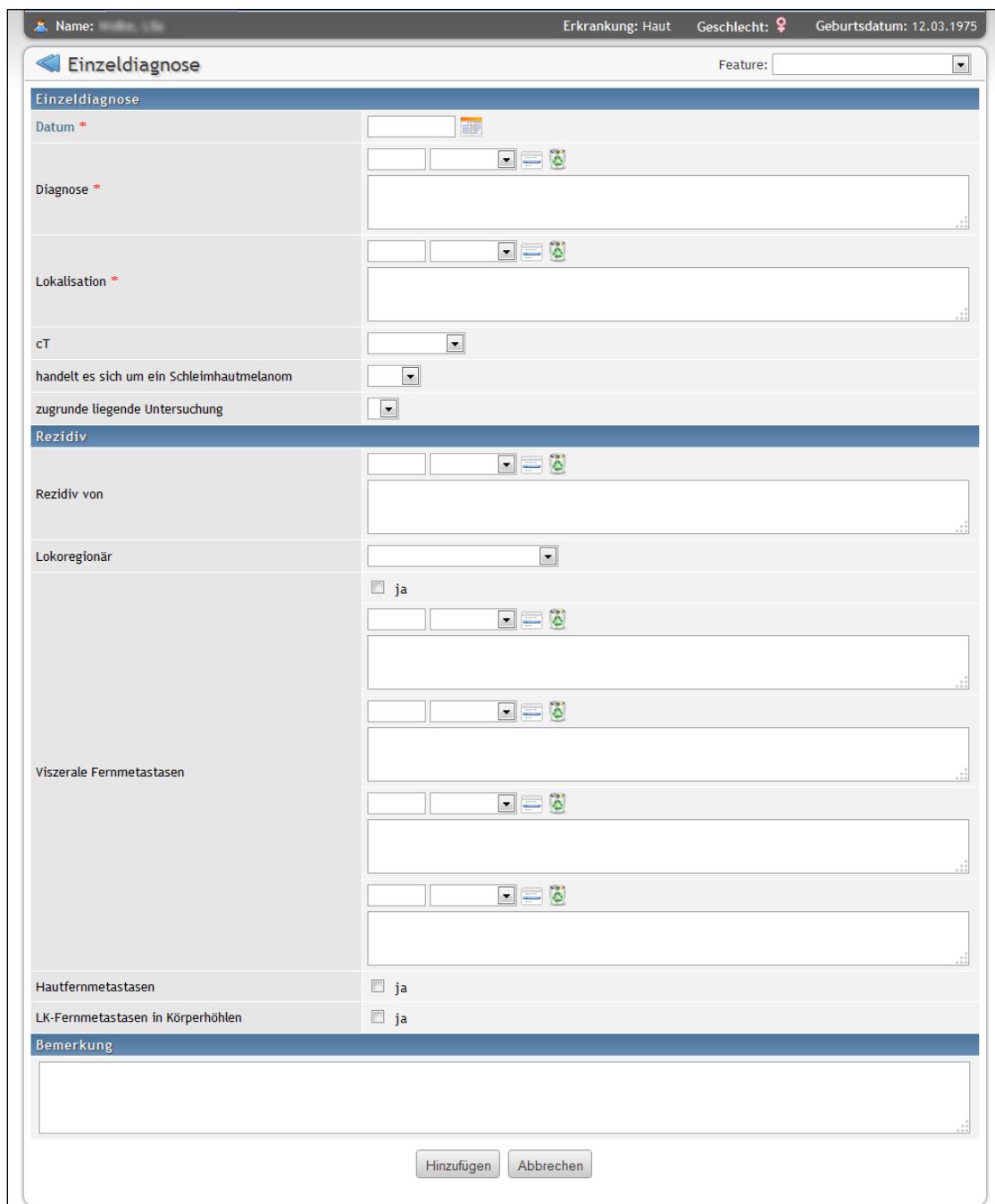
In diesem Formular können Sie ein Labor auswählen, dass Sie in den Vorlagen definiert haben. Nach der Auswahl erscheinen Ihnen alle definierten Laborparameter. Tragen Sie die Laborwerte und/oder die Beurteilung ein und fügen Sie das Labor hinzu.

Hier werden auch Laborparameter aus der Nachsorge, wie z.B. der PSA-Wert bei Prostatakarzinom dokumentiert. Einzelne Laborwerte, vor allem viele erkrankungsspezifische Tumormarker des Gewebes, können in den Formularen Histologie oder Tumorstatus eingetragen werden.

### 6.6.5 Diagnose

In dem Formular Diagnose können Verdachtsdiagnosen oder Paralleldiagnosen erfasst werden, bei der Erkrankung Haut die Einzeldiagnosen. Wichtig ist, dass diese Diagnosen nicht die für die Auswertung relevante Hauptdiagnose darstellt. Die auszuwertende Hauptdiagnose wird im Formular Tumorstatus dokumentiert. Ist bei Ihnen die HL7 Schnittstelle aktiv wird zu jeder übermittelten Diagnose automatisch ein Diagnose Formular angelegt.

**Wichtig bei der Erkrankung *Haut* ist jedoch die Lokalisation, da diese später im Formular Eingriff und bei den Einzelhistologien erst dann auswählbar ist, wenn entsprechende Einzeldiagnosen mit Ihrer Lokalisation dokumentiert sind.**



The screenshot shows a software interface for managing medical diagnoses. At the top, it displays the patient's name (redacted), disease (Haut), gender (Female), and birthdate (12.03.1975). The main window is titled 'Einzeldiagnose' (Single Diagnosis) and contains several sections:

- Einzeldiagnose:** Fields for 'Datum' (Date) with a calendar icon, 'Diagnose' (Diagnosis) with a dropdown and icons, and 'Lokalisation' (Localization) with a dropdown and icons.
- cT:** A dropdown menu with options including 'handelt es sich um ein Schleimhautmelanom' (Is it a mucosal melanoma?) and 'zugrunde liegende Untersuchung' (Underlying examination).
- Rezidiv:** Fields for 'Rezidiv von' (Recurrence from) with a dropdown and icons, and 'Lokoregionär' (Locoregional) with a dropdown and a 'ja' (yes) checkbox.
- Metastases:** Sections for 'Viszerale Fernmetastasen' (Distant metastases in organs), 'Hautfernmetastasen' (Metastases in skin), and 'LK-Fernmetastasen in Körperhöhlen' (Metastases in body cavities) each with a dropdown and icons.
- Bemerkung:** A large text area for comments with a 'Hinzufügen' (Add) button below it.

Abbildung 41b: Screenshot vom Diagnoseformular aus der Erkrankung Haut

### 6.6.6 Eingriff

Das Eingriffsformular erfasst alle Daten, die in direktem Zusammenhang mit einer Operation oder einem diagnostischem Eingriff stehen.

Über die „Beschreibung des Eingriffs“ definieren Sie die Art des Eingriffs. Zum Beispiel Primäroperation oder Revisions-OP aufgrund von Komplikationen. Durch die Checkboxen haben Sie die Möglichkeit mehrere Arten kombiniert zu dokumentieren.

**Es können beliebig viele Eingriffsformulare angelegt werden, aber es kann immer nur genau einen Eingriff mit der Art Primäroperation geben (Abbildung 42).**

**Bitte beachten Sie auch in diesem Formular die Checkbox „Notfall“. Bei einigen Kennzahlen ist der Hinweis besonders wichtig, da nur die Werte übernommen werden, die in dem Eingriff als Notfall eingetragen sind (Abbildung 42).**

Die durchgeführte Operation geben Sie als Operationsschlüssel (OPS-Code) in ein Unterformular ein, das Sie im Abschnitt „Maßnahmen beim Eingriff“ finden (Abbildung 43a). Sie können beliebig viele Unterformulare pro Eingriffsformular anlegen. Die Eingabe des OPS Codes ist gleich der Eingabe des OPS-Codes im Untersuchungsformular (vgl. Kapitel 6.6.2 und 6.6.2.1).

Viele Prozeduren sind für die Auswertung relevant und werden aus diesen Codes abgelesen. Bitte lesen Sie in den jeweiligen Hilfetexten (vgl. Kapitel 10.8) nach, welche Codes für Ihre Erkrankung relevant sind (Abbildung 43a).

Bei dem Formular Eingriff ist weiterhin noch zu beachten, dass die **Seitenlokalisation** (Abbildung 43b) bei den Erkrankungen **Brust** und **Lunge** angegeben werden muss. Wenn dies nicht geschieht, kann der OPS-Code nicht in der Auswertung mitgezählt werden.

<b>Eingriff</b>	
Datum *	<input type="text"/> 
Notfall	<input checked="" type="checkbox"/>
durchführende Einrichtung	<input type="text"/> 
1. Operateur	<input type="text"/> 
2. Operateur	<input type="text"/> 
zugrundeliegender Therapieplan	<input type="text"/> 
Dauer des Eingriffs	<input type="text"/> min
ASA	<input type="text"/> 
Präoperative Wundkontamination nach CDC	<input type="text"/> 
interdisziplinäre Chirurgie	<input type="text"/> 
<b>Beschreibung des Eingriffs</b>	
Seitenlokalisation	<input type="text"/> rechts 
Therapeutische Intention	<input type="text"/> 
diagnostischer Eingriff	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Resektion</b>	
Resektion des Primärtumors	<input checked="" type="checkbox"/>
Resektion von lokoregionären Lymphknoten	<input checked="" type="checkbox"/>
Resektion von Metastasen	<input checked="" type="checkbox"/>
Resektion eines lokoregionären Rezidivs	<input checked="" type="checkbox"/>
Nachresektion	<input checked="" type="checkbox"/>
Revisions-OP aufgrund von Komplikationen	<input checked="" type="checkbox"/>
Rekonstruktion	<input checked="" type="checkbox"/>
sonstiger Eingriff	<input type="text"/>
<b>begleitende Maßnahmen</b>	
präoperative Markierung durch bildgebende Verfahren	<input type="checkbox"/> wenn ja, bitte spezifizieren <input checked="" type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> MRT
Lokalisation der Drahtmarkierung	<input type="text"/> 
intraoperativer Schnellschnitt durchgeführt	<input type="text"/> 
Dauer vom Versand der Probe aus OP bis zur Durchsage des Ergebnisses des Schnellschnitts	<input type="text"/> min
intraoperatives Präparatröntgen	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 
medikamentöse Thromboseprophylaxe	<input type="text"/> 
perioperative Antibiotikaprophylaxe	<input type="text"/> 
intraoperative Präparatonografie	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 
intraoperatives Präparat-MRT	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 
postoperatives Präparatröntgen	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 
postoperative Präparatonografie	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 
postoperatives Präparat-MRT	<input type="text"/> Ergebnis: <input type="text"/> 

Abbildung 42: Screenshot Formular „Eingriff“ (Abschnitt)

Maßnahmen beim Eingriff*			
<a href="#">Hinzufügen</a>		OPS-Code Seite Text	<a href="#">Entfernen</a>
	5-905.0a	rechts Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Freier Lappen mit mikrovaskulärer Anastomosierung: Brustwand und Rücken	
Axilla-Dissektion als Axilla-Sampling		<input type="checkbox"/>	
intraoperative Bestrahlung		<input type="checkbox"/>	Dosis <input type="text"/> Gy
intraoperative Zytostatikaspülung		<input type="checkbox"/>	Art <input type="text"/>

Abbildung 43: Screenshot vom Formular „Eingriff“, wo gezeigt wird, wie Maßnahmen beim Eingriff dokumentiert/ zugefügt werden

Patienten		Konferenzen	Termine	Auswertungen	Vorlagen	Extras
						Anmeldet als:  
Praxis/Klinik:		Name: W.				Rolle: Datenmanager 
						Erkrankung: Brust Geschlecht:  Geburtsdatum: 12.03.1975
<b>Eingriff</b> <div style="float: right;">Feature: <input type="text"/></div>						
<b>Eingriff</b>						
Datum *	<input type="text" value="12.03.2013"/> 					
Notfall	<input type="checkbox"/>					
durchführende Einrichtung	<input type="text"/>					
1. Operateur	<input type="text" value="Kale, I."/>  					
2. Operateur	<input type="text" value="Freitag, I."/>  					
zugrundeliegender Therapieplan	<input type="text"/>					
Dauer des Eingriffs	<input type="text"/> min					
ASA	<input type="text"/>					
Präoperative Wundkontamination nach CDC	<input type="text"/>					
interdisziplinäre Chirurgie	<input type="text"/>					
<b>Beschreibung des Eingriffs</b>						
Seitenlokalisation	<input type="text" value="links"/> 					
Therapeutische Intention	<input type="text"/>					
diagnostischer Eingriff	<input type="checkbox"/>					
<b>Resektion</b>						
Resektion des Primärtumors	<input type="checkbox"/>					
Resektion von lokoregionären Lymphknoten	<input type="checkbox"/>					
Resektion von Metastasen	<input checked="" type="checkbox"/>					
Resektion eines lokoregionären Rezidivs	<input type="checkbox"/>					
Nachresektion	<input type="checkbox"/>					
Revisions-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/>					
Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>					
sonstiger Eingriff	<input type="text" value="Testeingriff"/>					

Abbildung 44: Screenshot vom Formular „Eingriff“, wo gezeigt wird, wo der Eintrag der Seitenlokalisation stattfindet

### 6.6.7 Komplikation

Bei jeder auftretenden Komplikation können Sie ein Komplikationsformular anlegen. Die Art der Komplikation wählen Sie über das Feld „Komplikation“ aus. Sollte Ihnen dort eine Komplikation fehlen, wenden Sie sich bitte an unseren Support.

Sie können die Komplikation einem dokumentierten Eingriff oder einer dokumentierten Untersuchung zuordnen und auch den Zeitpunkt der Komplikation definieren. Für viele Kennzahlenbögen ist die Angabe der Notwendigkeit einer Revisionsoperation relevant.

### 6.6.8 Histologie

Bitte dokumentieren Sie in jeder Erkrankung ein Histologie-Formular, da dieses in fast allen Organkrebszentren das Zuordnungsdatum zum Kennzahlenjahr darstellt. Die genauen Basiskriterien des jeweiligen Zentrums können Sie den Hilfetexten (vgl. Kapitel 10.8) entnehmen.

Sie können beliebig viele Histologieformulare mit gleicher Relevanz dokumentieren. Alle Histologieformulare einer Erkrankung sind gleich aufgebaut, egal ob Sie Biopsiegewebe oder Operationsgewebe beurteilen. Sie können diese Einteilung im Feld „Art“ vornehmen.

Außerdem haben Sie die Möglichkeit die Histologie einem Eingriff oder einer Untersuchung zuzuordnen. Die Untersuchung oder der Eingriff muss dazu vorher dokumentiert worden sein.

Abbildung 45: Screenshot zur Dokumentation eines Formulars „Histologie“.

Neben dem morphologischen Befund können hier auch Tumormarker des Gewebes, Sentinel-/Lymphknoten oder auch die Prostatastanze dokumentiert werden.

**Bestimmte Angaben, wie zum Beispiel R0-Resektion beim Darm, können nur ausgewertet werden, wenn die Histologie einem Eingriff zugeordnet wurde.**

### 6.6.8.1 Prostatastanze

Die Stanze an sich kann als diagnostischer Eingriff in einem Eingriffsformular dokumentiert werden. Dieser Eingriff kann dann einem Histologieformular zugeordnet werden.

Sie haben die Wahl jede Region einzeln (Abb. 46) zu dokumentieren oder alternativ die Gesamtanzahl der Stanzen (Abb. 47) einzugeben. Wir bieten Ihnen außerdem an, das Formular so zu konfigurieren, dass Sie pro Region bis zu 5 Stanzen dokumentieren können (vgl. Kapitel 14.6).

Bitte beachten Sie, dass die folgenden zwei Screenshots

- zum ersten nur ein Teilabschnitt anzeigt, wo die Beurteilung der Stanzzyylinder erfolgt
- und zum zweiten einen Zusammenschnitt von den Bereichen der Beurteilung der Stanzzyylinder anzeigt, die relevant sind für die Gesamtanzahlbewertung der Stanzen.

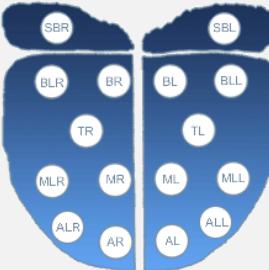
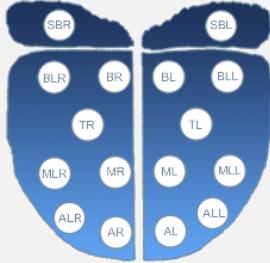
Beurteilung der Stanzzyylinder							
 <p>Falls keine Biopsie durchgeführt wurde, die jeweiligen Beurteilungsfelder leer lassen.</p>							
SBR				SBL			
Beurteilung	↓, wenn positiv, Anzahl [ ]			Beurteilung	↓, wenn positiv, Anzahl [ ]		
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
BLR				BLL			
Beurteilung	↓, wenn positiv, Anzahl [ ] <th>Beurteilung</th> <td colspan="3">↓, wenn positiv, Anzahl [ ] </td>			Beurteilung	↓, wenn positiv, Anzahl [ ]		
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

Abbildung 46: Screenshot mit unvollständigem Abschnitt für das Ausfüllen der einzelnen Stanzen.

**Beurteilung der Stanzzyylinder**

**!** Falls keine Biopsie durchgeführt wurde, die jeweiligen Beurteilungsfelder leer lassen.



Ort	Beurteilung	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Ort	Beurteilung	Länge [mm]	Tumoranteil [%]
R	<input type="button" value="▼"/>	Max. <input type="text"/>	<input type="text"/>	L	<input type="button" value="▼"/>	Max. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Anzahl Stanzen		<input type="text"/>		Anzahl Stanzen		<input type="text"/>	
Anzahl Stanzen positiv		<input type="text"/>		Anzahl Stanzen positiv		<input type="text"/>	
<b>Gesamt</b>							
Anzahl Stanzen gesamt		<input type="text"/>		Anzahl positiver Stanzen gesamt		<input type="text"/>	

Abbildung 47: Screenshot mit unvollständigem Abschnitt für das Ausfüllen der Gesamtstanzenzahl.

## 6.6.9 Zytologie

Das Zytologie Formular steht Ihnen in allen Erkrankungen zur Verfügung. Wichtig ist es vor allem für die nicht soliden Tumore. Bei soliden Erkrankungen können Sie hier z.B. Abstriche oder Ergussmaterial bei Bedarf dokumentieren.

## 6.6.10 Konferenz

Ein Patient, den Sie in der Alcedis Online-Konferenz besprechen wollen, muss zunächst über das Formular „Konferenz“ angemeldet werden.

Patienten | Konferenzen | Termine | Auswertungen | Vorlagen | Extras

Angemeldet als:  Rolle: Datenmanager

Praxis/Klinik:  Name: Freitag, Susanne Erkrankung: gynäkologischer Tumor Geschlecht: ♀ Geburtsdatum: 12.03.1985

**Anmeldung zur Tumorkonferenz**

Tumorkonferenz	
Konferenz	<input type="text"/>
Art der Besprechung *	<input type="button" value="▼"/>
Dokumenttyp *	<input type="button" value="▼"/>
Patientenwunsch bezüglich der Therapie	<input type="text"/>
<b>Bemerkung</b>	
<input type="text"/>	
<input type="button" value="Hinzufügen"/> <input type="button" value="Abbrechen"/>	

Impressum | Mail an Support

Alcedis MED 4.0.28 | Copyright © 2009-2010 Alcedis GmbH

 Alcedis GmbH

Abbildung 48: Screenshot zum Konferenz anmelden

Dazu öffnen Sie ein neues Formular und füllen die Mussfelder aus.

In dem Dropdown des Feldes „Konferenz“ werden Ihnen automatisch alle Konferenzen, die der Moderator in Ihrer Klinik angelegt hat, zur Verfügung gestellt. Sichtbar sind alle nicht abgeschlossenen Konferenzen aus der Vergangenheit und der Zukunft. Sie haben auch die

Möglichkeit, mit dem Button  auf die Listenansicht der dokumentierten Formulare zu gehen. Sie können den Patienten über dieses Feld einer Konferenz zuordnen, Sie können das Feld aber auch leer lassen, sodass der Moderator die Patienten später gesammelt den Konferenzen zuteilen kann.

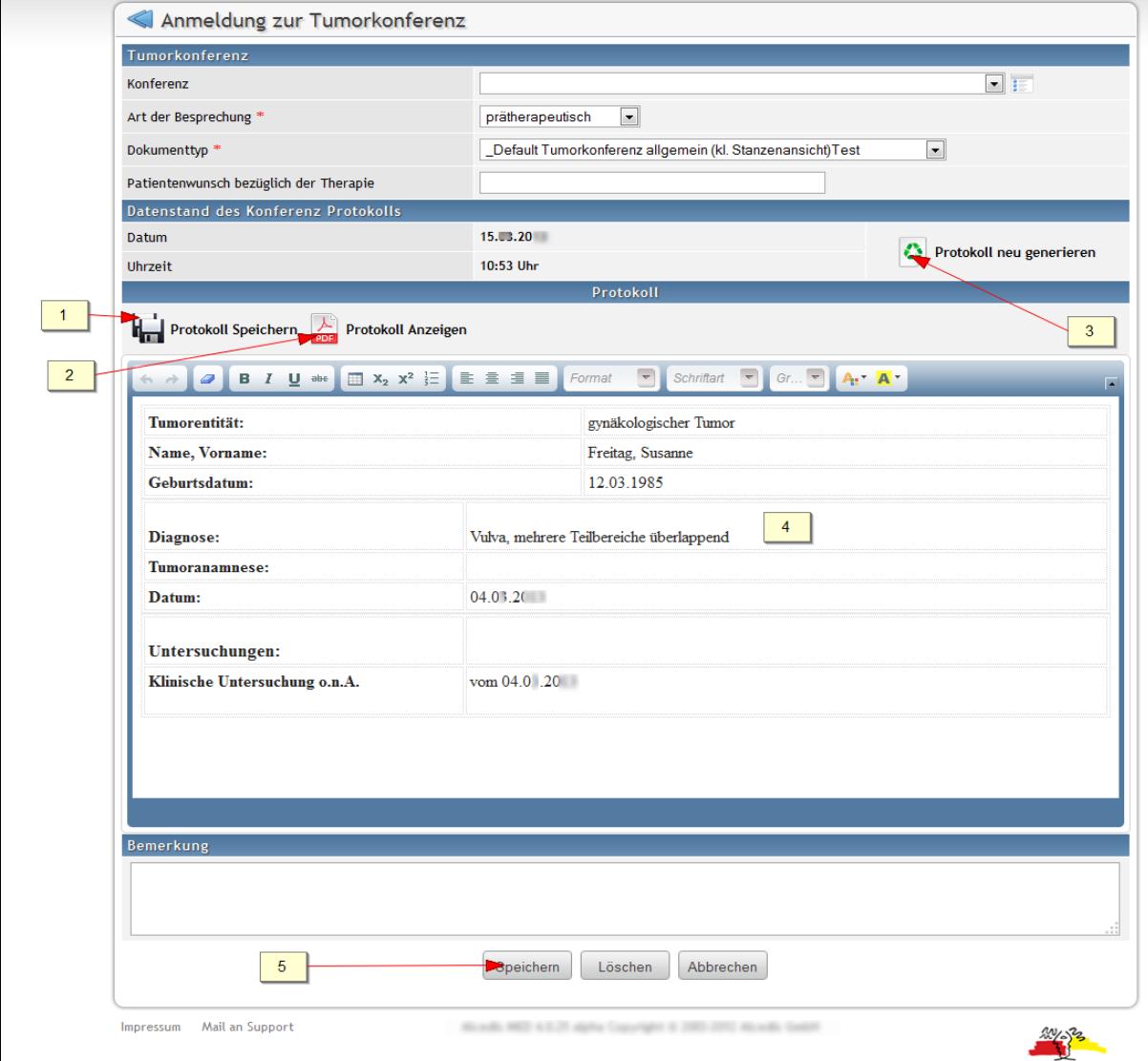
Im Feld „Dokumententyp“ finden Sie Dokumentvorlagen, welche die Inhalte der Protokolle definieren. In der Regel ist hier ein Standard Protokoll hinterlegt. In einigen Kliniken finden sich hier den Wünschen der Klinik angepasste Protokolle. Die automatisch generierten Protokolle enthalten nicht alle, sondern ausgewählte Daten aus der Dokumentation. Grundsätzlich ist es möglich das Protokoll den Bedürfnissen Ihrer Klinik anzupassen. Jedes Feld aus der Dokumentation oder auch Ihr Logo als Briefkopf können abgebildet werden. Bitte wenden Sie sich bezüglich eines Kostenvoranschlages an unseren Support.

Wenn Sie jetzt die Mussfelder mit dem \* ausgefüllt haben, drücken Sie auf speichern. Danach generiert sich automatisch ein Konferenzprotokoll mit wichtigen dokumentierten Daten aus verschiedenen Formularen (siehe Abb. 49).

Dieses Protokoll können Sie zum einen über den pdf- Button (2) als pdf- aufrufen, ausdrucken oder gesondert abspeichern, zum anderen in der Ansicht des Editors (4) beliebig bearbeiten. Nach Änderungen über den Editor muss dieses Protokoll extra abgespeichert (1) werden. Bitte beachten Sie, dass Änderungen in diesem Editor keinen Einfluss auf die Daten in den Formularen und somit der eigentlichen Dokumentation haben.

Nehmen Sie Änderungen in Formularen vor, die noch in das Protokoll einfließen sollen, muss das Protokoll neu generiert (3) werden. Dies bedeutet, dass die Daten für das Protokoll noch einmal neu gesammelt werden und das Protokoll noch einmal neu geschrieben wird. **Daher gehen dabei über den Editor manuell geänderte Einträge verloren.**

Egal welchen Dokumententyp Sie verwenden, die Daten werden immer aus allen Formularen gesammelt, die kleiner oder gleich dem Datum der Konferenz sind. Das Datum der Konferenz ist in dem Dropdown „Konferenz“ ablesbar. Lassen Sie dieses Feld leer, werden alle verfügbaren Daten bis heute verwendet.



**Anmeldung zur Tumorkonferenz**

**Tumorkonferenz**

Konferenz:

Art der Besprechung \*: prätherapeutisch

Dokumenttyp \*: \_Default Tumorkonferenz allgemein (kl. Stanzenansicht) Test

Patientenwunsch bezüglich der Therapie:

**Datenstand des Konferenz Protokolls**

Datum: 15.03.20

Uhrzeit: 10:53 Uhr

Protokoll neu generieren

**Protokoll**

1: Protokoll Speichern

2: Protokoll Anzeigen

3: Protokoll neu generieren

**Tumorentität:** gynäkologischer Tumor

**Name, Vorname:** Freitag, Susanne

**Geburtsdatum:** 12.03.1985

**Diagnose:** Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend

**Tumoranamnese:**

**Datum:** 04.03.20

**Untersuchungen:**

Klinische Untersuchung o.n.A. vom 04.03.20

**Bemerkung:**

5: Speichern

Impressum | Mail an Support

© 2002-2003 Alcedis. Alle Rechte vorbehalten. Alcedis GmbH

Alcedis GmbH

Abbildung 49: Screenshot zur Menüführung im Formular für Konferenz anmelden

Möchten Sie den Patienten aus der Konferenz wieder entfernen, löschen Sie bitte dieses Formular „Konferenz“. Dadurch werden der Patient aus der Konferenz und auch das im Formular enthaltende Tumorkonferenzprotokoll gelöscht. Einem der Konferenz anhängenden Therapieplan wird nur die Zuordnung entzogen. Soll auch der Therapieplan gelöscht werden, muss dies extra durchgeführt werden.

### 6.6.11 Therapieplan

Sie dokumentieren in dem Formular Therapieplanung die -meist in der Tumorkonferenz- geplante Therapie des Patienten. Dieses Formular kann von drei verschiedenen Orten aus in den Rollen Dokumentar, Datenmanager oder Moderator aufgerufen werden. Als Dokumentar und Datenmanager finden Sie das Formular in der Erkrankungsübersicht, als Moderator in der Konferenz und in der Patientenübersicht der jeweiligen Konferenz. Das Formular ist immer genau dasselbe, egal von welchem Ort aus Sie es öffnen und/oder bearbeiten. Sie können beliebig viele Therapiepläne mit verschiedenem Datum pro Patient anlegen, aber immer nur genau einen Therapieplan zu einer in Alcedis MED angelegten Konferenz.

In den Therapiedropdowns erscheinen Ihnen die Therapien, die Sie zuvor in den Therapievorlagen definiert und auch für die jeweilige Erkrankung freigegeben haben (vgl. Kapitel 5.3). In der Spalte „indiziert“ können Sie dokumentieren ob eine Therapie nach Leitlinien angezeigt ist, in der Spalte „geplant“ dokumentieren Sie dann die von den Ärzten geplanten Therapien. Sollte es eine Abweichung geben, kann diese weiter unten im Formular mit Begründung angeben werden.

Daten zur Entscheidung					
Datum der Therapieplanung *	<input type="text"/>				
Grundlage der Therapieplanung	<input type="text"/>				
Zeitpunkt der Therapieentscheidung	<input type="text"/>				
zugehöriges Konferenz-Protokoll	<input type="text"/>				
Vorgestellt von	<input type="text"/>				
weiterhin von	<input type="text"/>				
Begründung, falls Tumorkonferenz nicht durchgeführt wurde	<input type="text"/>				
	falls sonstige <input type="text"/>				
Maßnahmen					
Intention der Gesamttherapie	<input type="text"/>				
Eingriff	<input type="button"/>		Intention	extern	
	<input type="button"/>			<input type="checkbox"/>	
Therapieart	indiziert	geplant	Intention	extern	
Strahlentherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Therapieart	indiziert	geplant	Schema	Intention	extern
Chemotherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Immuntherapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Antihormonelle Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
andere systemische Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Angaben					
Abweichung von Leitlinien	<input type="text"/>				
nur Nachsorge	<input type="text"/>				
Ggf. Begründung für nicht-leitlinienkonforme Planung	<input type="text"/>				
	<input type="text"/> Studie <input type="text"/>				

Abbildung 50: Screenshot vom Formular „Therapieplan“

Die Durchführung von Studien kann in diesem Formular ebenfalls geplant werden. Bitte beachten Sie, dass Studien hier nur geplant werden. Ob die Studie tatsächlich auch durchgeführt wurde, dokumentieren Sie bitte in einem Studienformular (vgl. Kapitel 6.6.20).

Soll eine Therapie nicht in Ihrem Haus durchgeführt werden, kann dies über den jeweiligen Button „extern“ dargestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass der Therapieplan, der einer Konferenz zugeordnet ist, nicht mehr bearbeitet werden kann, wenn die Konferenz vom Moderator abgeschlossen wurde. Erst durch das Öffnen der Konferenz durch den Supervisor (vgl. Kapitel 4.1.4) kann auch der Therapieplan nachbearbeitet werden.

### **6.6.12 Therapieplanabweichung**

Das Formular bietet Ihnen die Möglichkeit, Abweichungen vom ursprünglich geplanten Therapieplan zu dokumentieren. Sie können dieses Formular direkt einem Therapieplan zuordnen, sodass Sie bei Überprüfungen und Audits schnell eine Begründung für die Abweichung haben.

Das Formular sollte dann ausgefüllt werden, wenn Sie in einer Konferenz bei einer Therapieplanung „ja“ angewählt haben, diese dann aber nicht durchführen und auch keine neue Konferenz mit einem neuen Therapieplan durchführen und dokumentieren.

### **6.6.13 Systemische Therapie**

In diesem Formular dokumentieren Sie alle medikamentösen Therapien, die der Patient erhalten hat und die Sie unter den Vorlagen „Therapie“ definiert haben (vgl. Kapitel 5.3). Ihnen werden alle Chemotherapien, Antihormonellen Therapien, Immuntherapien, Schmerztherapien und sonstige Therapien sowie kombinierte Therapien aus den Vorlagen zur Auswahl gestellt. Sie müssen in diesem Formular nicht mehr unterscheiden, ob es sich z.B. um eine Chemotherapie oder eine antihormonelle Therapie handelt, da dies über die Vorlage bereits definiert ist.

Wenn Sie dieser Therapie eine Studie zuordnen möchten, dokumentieren Sie die Studie bitte erst im Formular Studienteilnahme. Damit sich das Dropdown des Feldes „Therapie innerhalb einer klinischen Studie“ füllt. Anschließend können Sie die Studie auswählen.

Ob die Therapie planmäßig oder mit Abweichungen durchgeführt wurde, können Sie im unteren Block „Therapieerfolg“ des Formulars dokumentieren.

Therapiezyklen und Therapietage werden jeweils in einem Extraformular dokumentiert. Dort werden auch die absolut verabreichten Medikamentendosen und Abweichungen dokumentiert.

Löschen Sie das Formular systemische Therapie, obwohl auch Zyklen und Tage zu dieser Therapie dokumentiert sind, werden diese Formulare mit gelöscht. Sie erhalten dazu einen Hinweis.

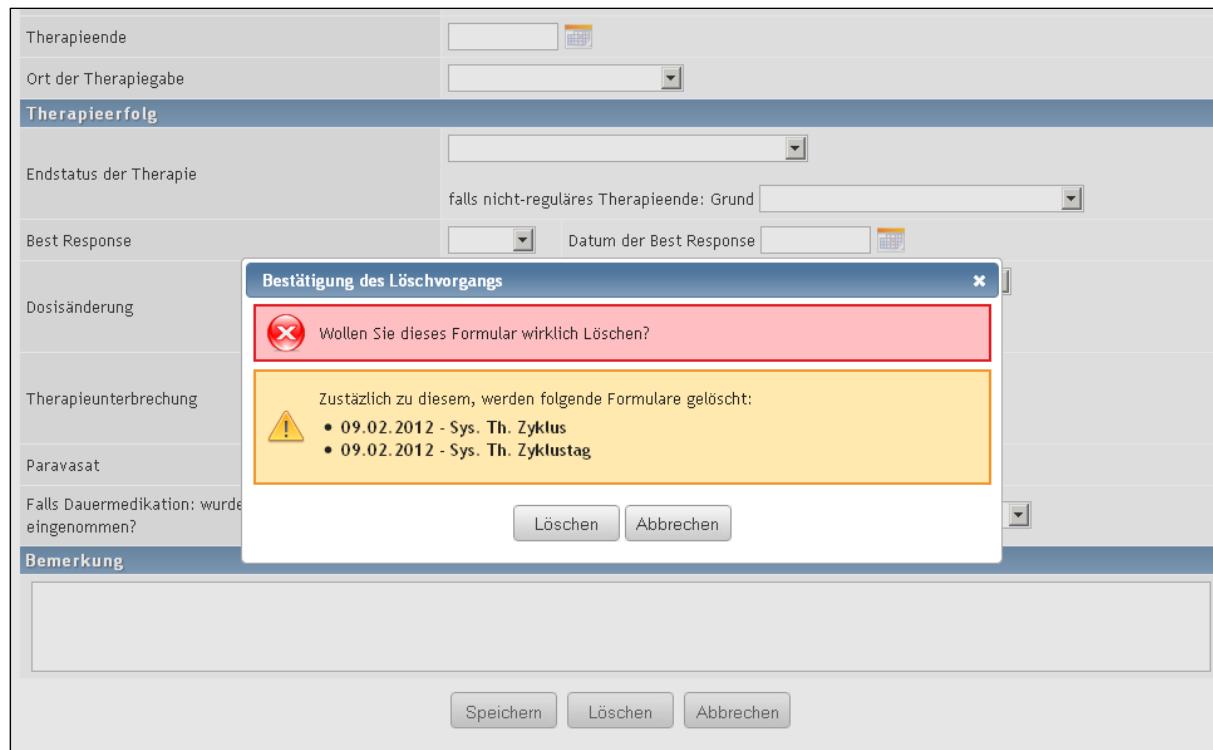


Abbildung 51: Screenshot über Fehlermeldungen und Warnmeldungen

### 6.6.14 Systemische Therapie Zyklus

Das Therapie Zyklus Formular können Sie nicht aus der Liste der neuen Formulare anlegen, sondern nur direkt aus einer bereits dokumentierten systemischen Therapie.



Abbildung 52: Screenshot zum Hinzufügen des Formulars „TherapieZyklus“ über das bereits angelegte Formular „Sys.Therapie“

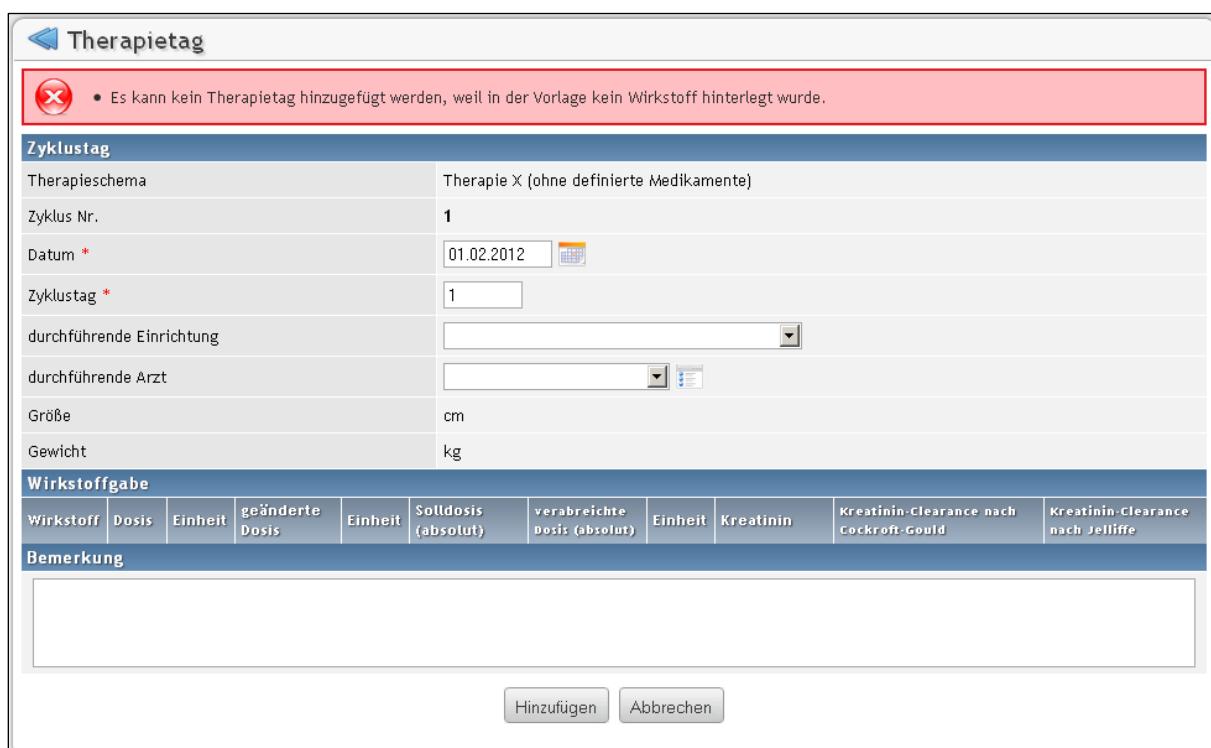
Untersuchungen, die Sie im Rahmen des Zyklusbeginns dokumentieren möchten, zum Beispiel Blutdruckmessung, tragen Sie bitte in einem neuen Formular Untersuchung mit den Anlass „sonstige“ ein (vgl. Kapitel 6.6.2).

### 6.6.15 Systemische Therapie Zyklustag

Das Formular Therapiezzyklustag können Sie ebenso, wie das Formular Therapie Zyklus nicht aus der Formularliste hinzufügen, sondern nur direkt aus einem bereits dokumentierten Formular systemische Therapie Zyklus.

In diesem Formular werden Ihnen alle in den Vorlagen definierten Medikamente aufgelistet, sobald Sie den Zyklustag eingetragen haben. Sie können auswählen, welches Medikament Sie an dem entsprechenden Tag verabreicht haben und welche Dosis der Patient genau enthalten hat.

Haben Sie in den Vorlagen keine Wirkstoffe hinterlegt, kann natürlich auch kein Medikament im Zyklustag dokumentiert werden. Ihnen wird eine Fehlermeldung angezeigt:



Wirkstoffgabe										
Wirkstoff	Dosis	Einheit	geänderte Dosis	Einheit	Solldosis (absolut)	verabreichte Dosis (absolut)	Einheit	Kreatinin	Kreatinin-Clearance nach Cockcroft-Gault	Kreatinin-Clearance nach Jelliffe

Abbildung 53: Screenshot zum Anlegen eines Therapietages

Bitte schließen Sie die Dokumentation des Zyklustages in diesem Fall durch den Button „Abbrechen“.

### 6.6.16 Strahlentherapie

Wie bei den systemischen Therapien wählen Sie bitte zunächst das Therapieschema der Strahlentherapie aus. Ihnen werden in diesem Dropdown alle Therapieformen zur Auswahl gestellt, die als Strahlentherapie oder kombinierter Strahlentherapie, wie z.B. Chemoradiotherapie, in den Vorlagen definiert wurden (vgl. Kapitel 5.3).

Ob die Therapie planmäßig oder mit Abweichungen durchgeführt wurde können Sie im unteren Block „Therapieerfolg“ des Formulars dokumentieren.

### **6.6.17 Sonstige Therapie**

Im Formular sonstige Therapie haben Sie die Möglichkeit weitere Therapien, wie zum Beispiel die Radiofrequenzablation zu dokumentieren. Sie können den Namen der Therapie frei eintragen, sie muss nicht über die Vorlagen definiert werden.

### **6.6.18 Nebenwirkung**

Die Nebenwirkungen werden Ihnen als Liste der Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0 (CTCAE) vom 12.12.2003 der NCI zur Verfügung gestellt. Wählen Sie bitte aus der Liste die diagnostizierte Nebenwirkung aus. Danach wird Ihnen die Grad-Einteilung zu dieser Nebenwirkung angezeigt, die Sie bitte dokumentieren. Anschließend können Sie, falls ein Zusammenhang besteht, die Nebenwirkung einer bereits dokumentierten Therapie zuordnen.

Weitere Nebenwirkungen dokumentieren Sie in gleicher Weise.

### **6.6.19 Begleitmedikation**

Im Formular Begleitmedikation können wichtige Medikamente des Patienten, die nicht zur aktuellen Tumortherapie gehören, dokumentiert werden (z.B. Herz-Kreislauf-Therapeutika, Diabetes-Therapeutika).

### **6.6.20 Studienteilnahme**

Nimmt ein Patient an einer Studie teil, wird dies im Formular Studienteilnahme dokumentiert. Hier werden sowohl medikamentöse als auch nicht medikamentöse Studien eingetragen. Erst nach Dokumentation der Studie in diesem Formular können Sie bei Bedarf die Studie auch in den Therapieformularen als medikamentöse Studie auswählen.

Wenn Sie eine neue Studie dokumentieren möchten, die in dem Dropdown des Feldes „Studie“ noch nicht enthalten ist, können Sie diese über eine neue Vorlage Studie ergänzen (vgl. Kapitel 5.4).

### **6.6.21 Beratung/Betreuung**

In diesem Formular finden Sie alles rund um das Thema Beratung und Betreuung. Hier können Sie auch die psychoonkologische Betreuung und den Sozialdienst dokumentieren. Bitte achten Sie bei der Zeitangabe der psychoonkologischen Betreuung auf die Anforderungen im jeweiligen Erhebungsbogen. Auch Ernährungsberatung oder familiäre Beratung kann je nach Erkrankung hier dokumentiert werden.

## 6.6.22 Foto

Sie können dem Patienten beliebig viele Fotos oder auch Grafiken (z.B. vor und nach einer Brustoperation) zuordnen. Gültige Dateiformate sind dabei jpg, jpeg, png und gif. Die hochgeladenen Bilder sind später auch in der Patientenübersicht sichtbar:



Abbildung 54: Screenshot zur Patientenübersicht

Die maximale Größe eines hochgeladen Fotos ist abhängig von der jeweiligen Konfiguration Ihres Servers. In der Regel sollte die Dateigröße 128 Mbyte nicht übersteigen.

## 6.6.23 Brief

Innerhalb der Tumordokumentation MED haben Sie die Möglichkeit Briefe zu generieren, zu bearbeiten und zu speichern. Wählen Sie hierzu ein neues Formular „Brief“ aus.

Der Brief wird grundsätzlich mit einem Hauptadressaten versehen. Nachrichtliche Empfänger können beliebig viele hinzugefügt werden.

Im Feld „Dokumententyp“ finden Sie Dokumentvorlagen, die die Inhalte der Briefe definieren. In der Regel ist hier ein Standardbrief hinterlegt. Die automatisch generierten Briefe enthalten nicht alle, sondern ausgewählte Daten aus der Dokumentation. Grundsätzlich ist es möglich den Brief den Bedürfnissen Ihrer Klinik anzupassen. Jedes Feld aus der Dokumentation oder auch Ihr Logo als Briefkopf können abgebildet werden. Bitte wenden Sie sich bezüglich eines Kostenvoranschlages an unseren Support.

Wenn das Formular jetzt hinzugefügt wird generiert sich automatisch ein Brief mit wichtigen dokumentierten Daten aus verschiedenen Formularen.

Diesen Brief können Sie zum einen über den PDF-Button als PDF aufrufen, ausdrucken oder gesondert abspeichern, zum anderen in der Ansicht des Editors beliebig bearbeiten. Nach Änderungen über den Editor muss dieser Brief extra abgespeichert werden. Bitte beachten Sie, dass Änderungen in diesem Editor keinen Einfluss auf die Daten in den Formularen und somit der eigentlichen Dokumentation haben.

Nehmen Sie Änderungen in Formularen vor, die noch in den Brief einfließen sollen, muss der Brief neu generiert werden. Dies bedeutet, dass die Daten für den Brief noch einmal neu gesammelt werden und der Brief noch einmal neu geschrieben wird. Daher gehen dabei über den Editor manuell geänderte Einträge verloren.

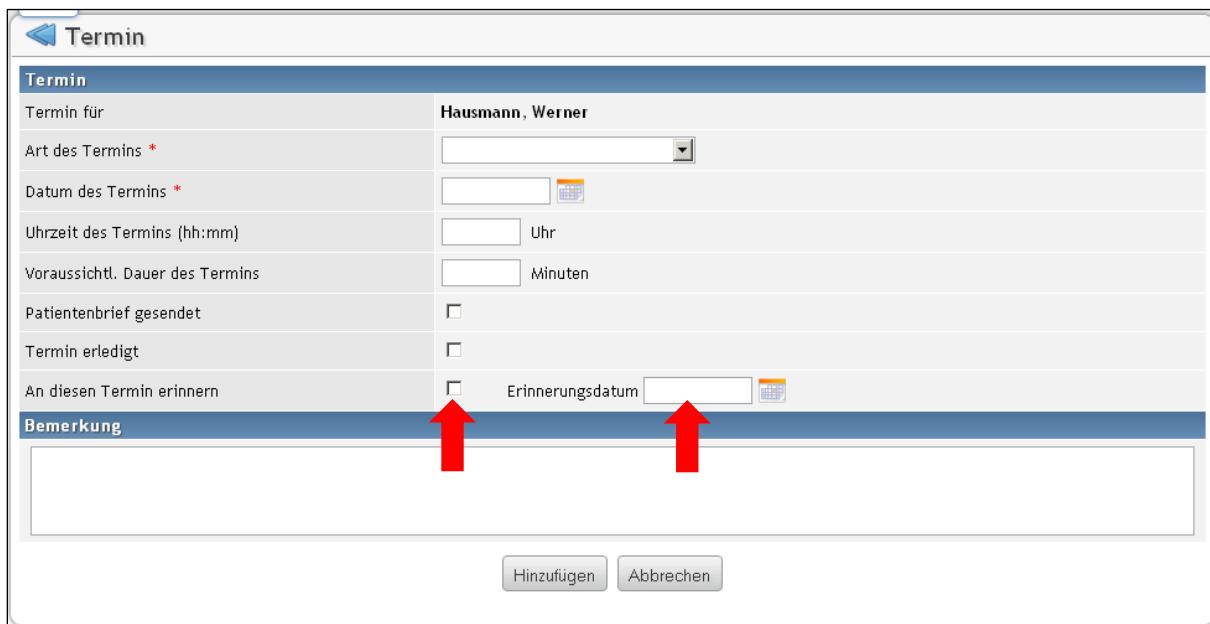
Egal welchen Dokumententyp Sie verwenden, die Daten für den Brief werden immer aus allen Formularen gesammelt, die kleiner oder gleich dem Datum des Briefes sind.

### 6.6.24 Termin

Innerhalb der Patientendokumentation können Sie Termine für Patienten vergeben, indem Sie beim jeweiligen Patienten ein Formular „Termin“ anlegen.

Die Verwaltung dieser Termine findet in einem eigenen Bereich statt. Sie finden ihn in der Menüleiste unter dem Menüpunkt Termine (vgl. Kapitel 9).

Wenn Sie in der Terminverwaltung an den Termin erinnert werden möchten, füllen Sie bitte die entsprechenden Felder aus.



Termin	
Termin für	Hausmann, Werner
Art des Termins *	<input type="text"/>
Datum des Termins *	<input type="text"/> 
Uhrzeit des Termins (hh:mm)	<input type="text"/> Uhr
Voraussichtl. Dauer des Termins	<input type="text"/> Minuten
Patientenbrief gesendet	<input type="checkbox"/>
Termin erledigt	<input type="checkbox"/>
An diesen Termin erinnern	<input type="checkbox"/> Erinnerungsdatum <input type="text"/> 
Bemerkung	
<input type="text"/>	
<input type="button" value="Hinzufügen"/> <input type="button" value="Abbrechen"/>	

Abbildung 55: Screenshot zum Termin anlegen

Das Erinnerungsdatum bestimmt ab welchem Tag der Termin auf der Erinnerungsliste unter dem Menüpunkt Termine erscheint.

### 6.6.25 Meldung Krebsregister

Möchten Sie die Meldung an das Krebsregister über Alcedis MED durchführen, dokumentieren Sie bitte bei jedem Patienten und bei jeder Erkrankung, die gemeldet werden soll, ein Formular „Meldung KR“. Die einzutragenden Daten sind zusätzliche registerspezifische Angaben, die nicht aus den Daten der anderen Tumordokumentationsformulare generiert werden können. Den Export können Sie dann unter dem Menüpunkt „Extras“ durchführen (vgl. Kapitel 11.4).

### 6.6.26 Fragebogen

Beantwortete Fragebögen, die Sie patientenbezogen dokumentieren möchten, können Sie in das Formular „Fragebogen“ eingeben. Bitte wählen Sie zunächst aus welchen, in den Vorlagen definierten Fragebögen Sie dokumentieren möchten. Durch die Auswahl öffnet sich der Bogen und die Antworten können eingegeben werden.

### **6.6.27 Nachsorge**

In diesem Formular dokumentieren Sie die Nachsorgedaten des Patienten. Untersuchungen und Labore im Rahmen der Nachsorge dokumentieren Sie bitte jeweils in einem neuen Untersuchungsformular mit dem Anlass „Nachsorge“ bzw. einem Laborformular. Wenn im Rahmen einer Nachsorge ein Rezidiv/Progress diagnostiziert wird, legen Sie bitte ein neues Formular Tumorstatus an. Das Datum der Sicherung sollte das Nachsorgedatum sein, der Anlass ist „Beurteilung des x. Rezidivs/Progresses“. Alle weiteren Daten zum Rezidiv werden in neue Formulare dieser Erkrankung dokumentiert.

Wenn Sie im Rahmen der integrierten Versorgung dem nachsorgenden Arzt Zugangsrechte gegeben haben, kann er das Nachsorgeformular eigenständig ausfüllen. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie diesen Arzt als Behandler beim Patienten dokumentiert haben.

## 7 Status

Durch Nutzung einer elektronischen Datenvalidierung werden Sie auf unvollständige oder nicht korrekte Dateneingabe hingewiesen. Dazu gibt es verschiedene Werkzeuge:

### 7.1 Ampelsystem

In der Patientenliste, in der Patientenübersicht und in der Erkrankungsübersicht finden Sie hinter den Erkrankungen oder angelegten Formularen den jeweiligen Status in Form einen bunten Punktes angezeigt. Fahren Sie mit der Maus über die Punkte wird Ihnen der Status auch in Worten angezeigt.

Status bedeutet, dass Erkrankungen oder Formulare

1. nicht begonnen = offen = rot
2. begonnen = unvollständig = gelb
3. vollständig ausgefüllt = abgeschlossen = grün

oder vom User

4. händisch abgeschlossen = abgeschlossen manuell = blau wurden.

Die Farben der Statusanzeige haben auf den unterschiedlichen Ebenen folgende Bedeutungen.

### 7.1.1 Patientenliste

Patienten	Konferenzen	Termine	Auswertungen	Vorlagen	Extras	Angemeldet als: 
Praxis/Klinik 						Rolle: Datenmanager 
Patientenliste 						S. 1 / 4 
Anzahl aller Patienten: 94 / Anzahl gefilterter Patienten: 94						
Nachname ▾	Vorname ▾	Geb.-Datum ▾	Erst.-Datum ▾	Pat.-Nr. ▾	Erkrankungen ▾	
 Finkel	Wolf	01.01.2010	27.02.2012	11312156123	Lunge, Brust	
 Freitag	Susanne	12.03.1985	11.03.2013	1132013	Lunge	
 Funke	Emanuel	19.06.1970	23.04.2012	23042012	Prostata	
 Gartmann	Tom	07.03.1971	09.03.2012	443132	Brust	
 Gaul	Amely	12.02.2005	16.11.2011	00249217	Brust	
 Gegentestpatientin	Gerlinde	05.05.1937	06.11.2012	0654	Brust	
 Gerlach	Monika	04.11.1953	22.11.2011	1068495	Brust, Lunge	

Abbildung 56: Screenshot zur Übersicht des Ampelsystems

- Rot: Bei mindestens einer Erkrankung wurde noch kein Tumorstatus dokumentiert
- Gelb: Die dokumentierten Formulare sind unvollständig oder wichtige Formulare sind noch nicht angelegt.
- Blau: Der Datenmanager hat die Unvollständigkeit geprüft, wichtige Formulare noch angelegt und alle Formulare händisch abgeschlossen
- Grün: Alle wichtigen Felder für die Auswertung wurden in den angelegten Formularen vollständig dokumentiert. **Grün bedeutet nicht, dass alle Formulare angelegt wurden. Es wird zum Beispiel nicht geprüft, ob systemische Therapien oder Untersuchungen angelegt wurden.**

Hat ein Patient mehrere Erkrankungen dokumentiert als Sie Rechte auf diese verschiedenen Erkrankungen haben, wird Ihnen in der Patientenliste der für Sie relevante Status angezeigt.

Die angezeigte Ampelfarbe richtet sich nach dem "schlechtesten" Ampel-Status der einzelnen Erkrankungen, in der Priorisierung rot / gelb / blau / grün.

Beispiel:

Für eine Patientin sind folgende Erkrankungen dokumentiert:

- Darmerkrankung (Status grün)
- Brusterkrankung (Status gelb)
- weitere Brusterkrankung (Status blau)

Ein Benutzer, der ausschließlich ein Zugriffsrecht auf Darmerkrankungen hat, sieht die Patientin in der Patientenliste mit Ampelstatus grün, da die Darmerkrankung diesen Status hat.

Ein Benutzer, der ein Recht auf beide Erkrankungen hat, sieht die Patientin in der Patientenliste mit Ampelstatus gelb, da dies der "schlechtere" Status ist.

### 7.1.2 Patientenübersicht

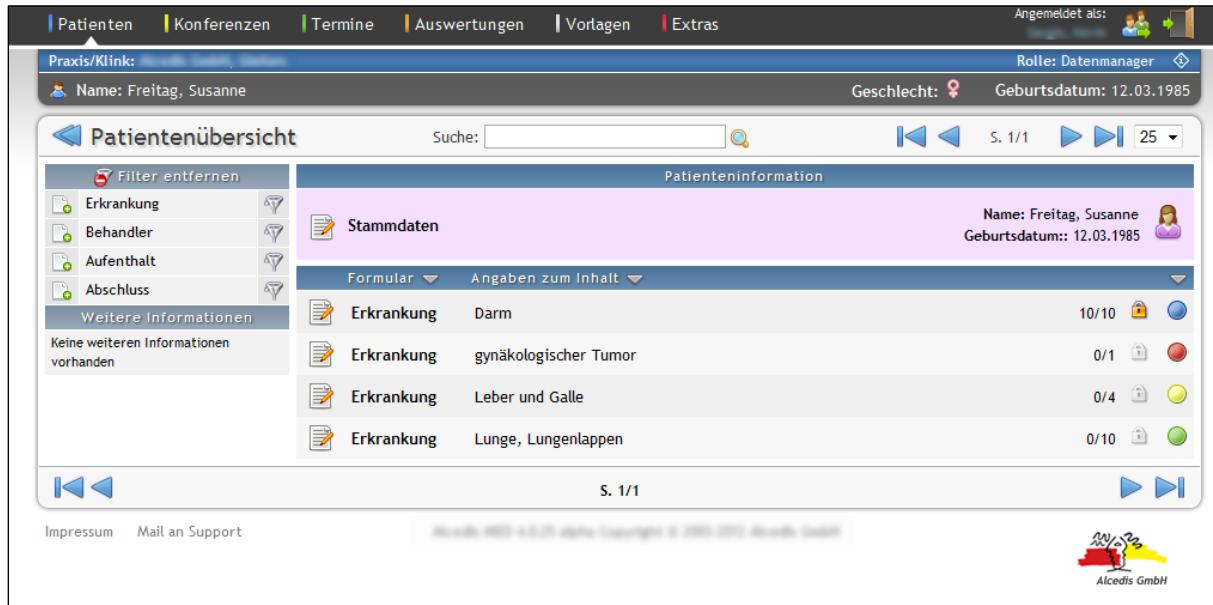


Abbildung 57: Screenshot über das Ampelsystem in der Patientenübersicht

- Rot: Es wurde noch kein Tumorstatus in dieser Erkrankung dokumentiert.
- Gelb: Die dokumentierten Formulare sind für die Auswertungen noch unvollständig.
- Blau: Der Datenmanager hat alle Formulare auf Unvollständigkeiten geprüft, wichtige Formulare noch angelegt und alle Formulare händisch abgeschlossen.
- Grün: Alle wichtigen Felder für die Auswertung wurden in den angelegten Formularen vollständig dokumentiert.

### 7.1.3 Erkrankungsübersicht

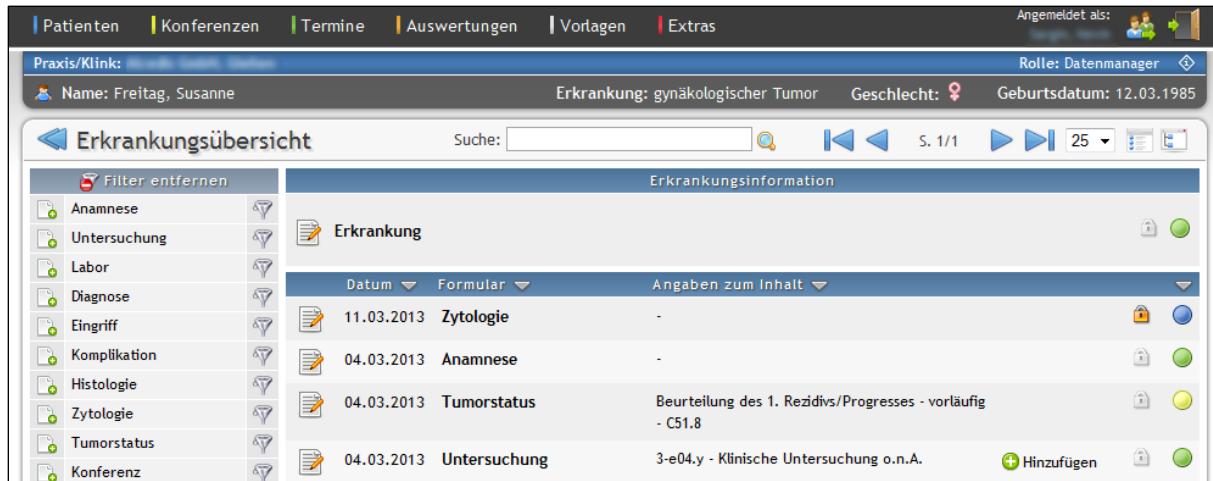


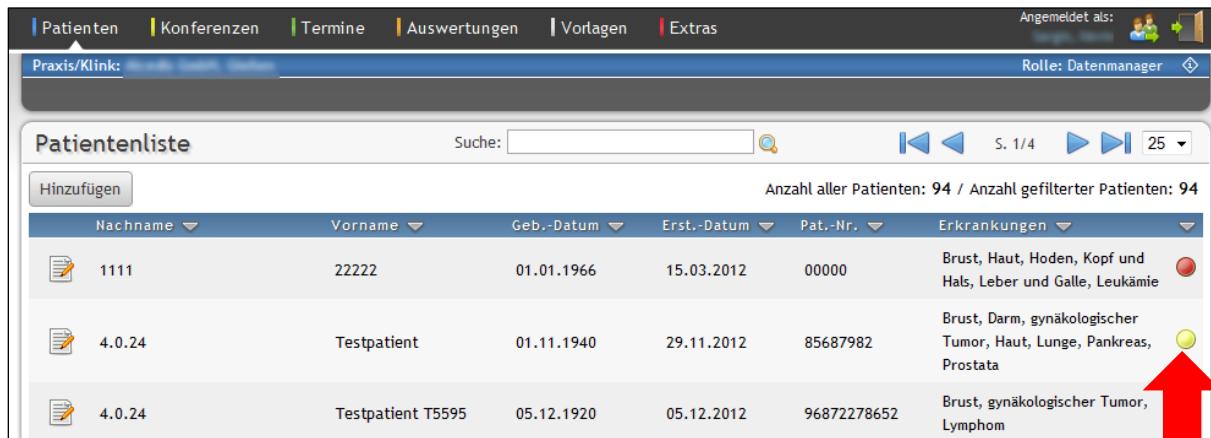
Abbildung 58: Screenshot über das Ampelsystem in der Erkrankungsübersicht

- Rot: auf dieser Ebene nicht vorhanden
- Gelb: Das dokumentierte Formular ist für die Auswertungen oder Exporte unvollständig dokumentiert.
- Blau: Der Datenmanager hat Unvollständigkeiten überprüft und das Formular händisch abgeschlossen.
- Grün: Alle wichtigen Felder für die Auswertung wurden in diesem Formular vollständig dokumentiert. (Grün bedeutet nicht, dass ALLE Felder ausgefüllt wurden.)

## 7.2 Status bearbeiten

Den Status bearbeiten können nur die Rollen „Datenmanager“ und „Dokumentar“. Formulare händisch abschließen kann nur der Datenmanager (vgl. Kapitel 4.2.2).

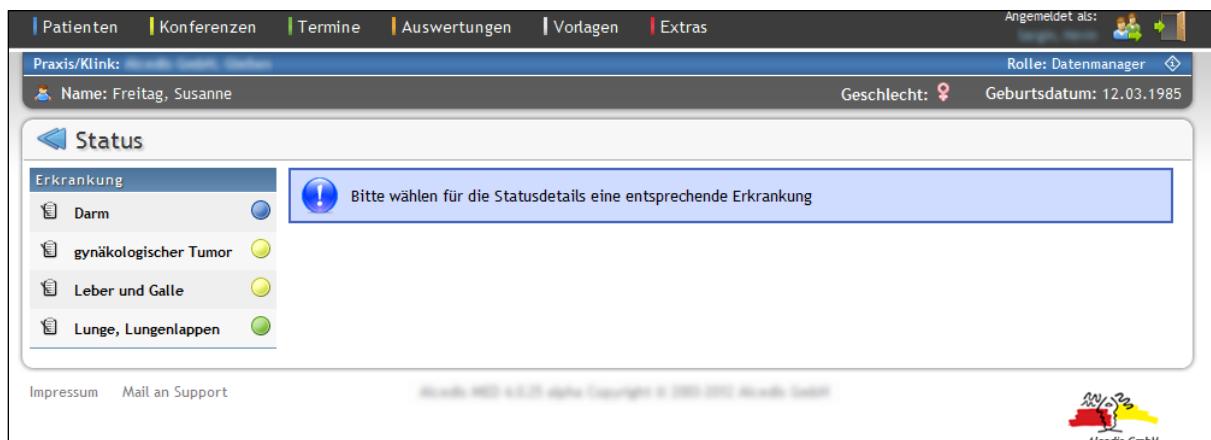
Wählen Sie einen der bunten Punkte aus der Patientenliste oder der Patientenübersicht heraus an.



The screenshot shows a list of patients with columns for Nachname, Vorname, Geb.-Datum, Erst.-Datum, Pat.-Nr., and Erkrankungen. The third patient entry has a yellow circular icon next to it, which is highlighted by a red arrow. The patient details are: Nachname: 1111, Vorname: 22222, Geb.-Datum: 01.01.1966, Erst.-Datum: 15.03.2012, Pat.-Nr.: 00000, Erkrankungen: Brust, Haut, Hoden, Kopf und Hals, Leber und Galle, Leukämie.

Abbildung 59: Screenshot zum Öffnen des Statusmenüs

So gelangen Sie in das Statusmenü, von wo aus Sie die unvollständigen Formulare bearbeiten und fehlende Formulare anlegen können.



The screenshot shows a list of diseases under the heading 'Erkrankung': Darm, gynäkologischer Tumor, Leber und Galle, Lunge, Lungenlappen. A blue callout box with an exclamation mark says 'Bitte wählen für die Statusdetails eine entsprechende Erkrankung'.

Abbildung 60: Screenshot von der Übersicht des Statusmenüs

Zunächst öffnet sich eine Übersicht mit allen dokumentierten Erkrankungen des Patienten. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Sie auch Dokumentationsrechte für alle Erkrankungen besitzen. Diese sind in der Auflistung Erkrankung zu sehen. Andernfalls wird Ihnen nur die Erkrankung angezeigt, zu der Sie ein Dokumentationsrecht aufweisen können.

Bitte wählen Sie aus welche Erkrankung sie bearbeiten möchten.

Nach Auswahl der Erkrankung (in diesem Beispiel Leber und Galle) öffnet sich ein Untermenü für Validierungen und die Dokumentation der jeweiligen Zentren. Ist das onkologische Zentrum bei Ihnen im Haus aktiv wird dieses immer mit angezeigt.

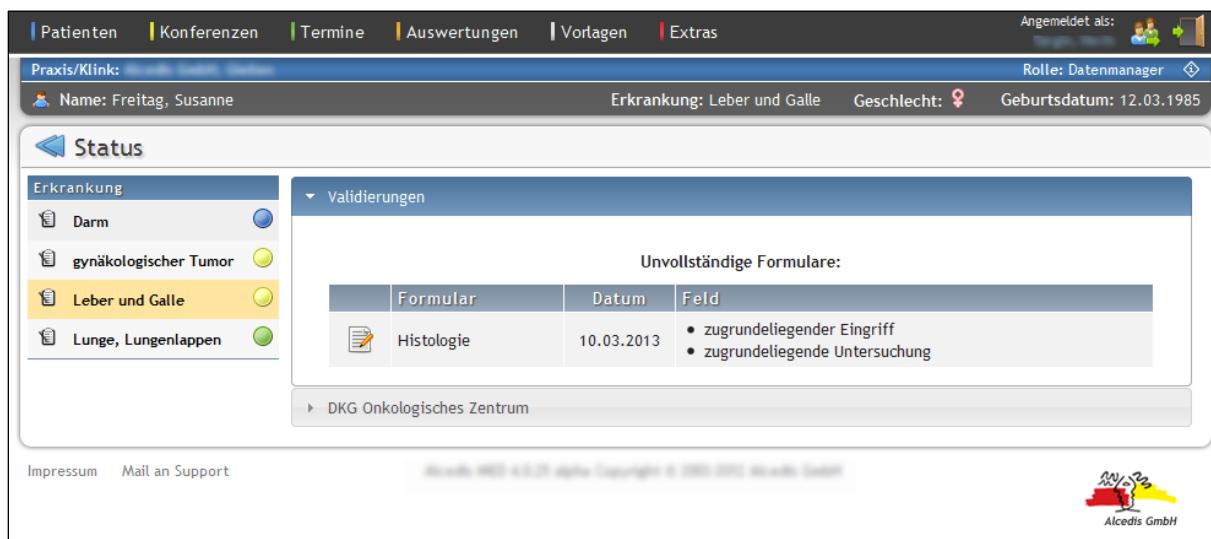


Abbildung 61: Screenshot nach Auswahl eines Status

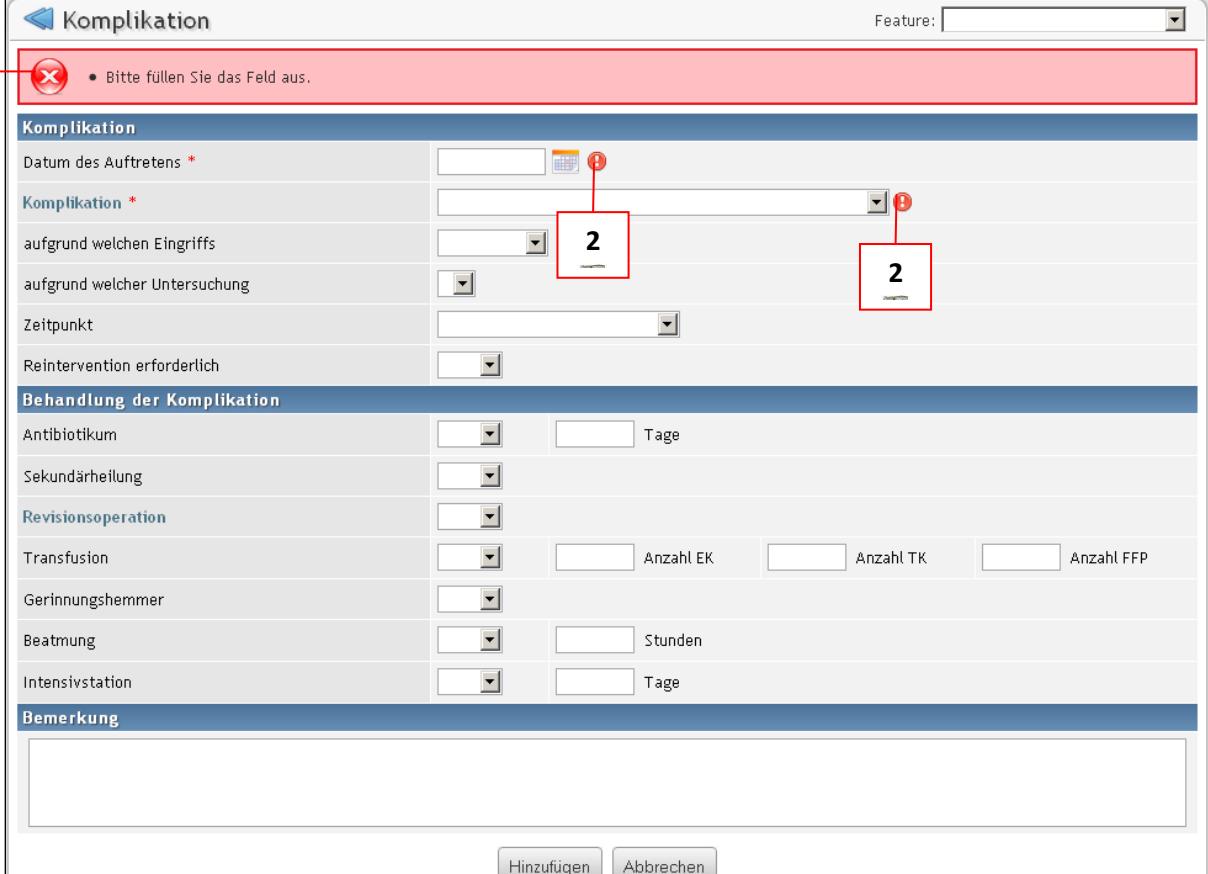
In der Liste wird Ihnen angezeigt, aus welchem Formular welches Feld noch dokumentiert werden kann. Darüber hinaus prüfen Sie bitte, ob im Formular alle blau hervorgehobenen Felder ausgefüllt sind. Sie können die Formulare direkt aufrufen und bearbeiten. Nach Abspeichern der Formulare gelangen Sie zurück in den Status und können mit dem nächsten Formular fortfahren.

Bitte beachten Sie, dass Formulare die händisch abgeschlossen wurden an dieser Stelle nicht geprüft werden, auch wenn sie nicht vollständig dokumentiert sein sollten.

### 7.3 Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen

Beim Abspeichern von Formularen werden einige Felder einer Prüfung unterzogen.

Felder, die mit einem \* gekennzeichnet sind, müssen ausgefüllt werden. Das Formular lässt sich sonst nicht abspeichern. Haben Sie mindestens eins dieser Felder nicht ausgefüllt erscheint Ihnen eine Fehlermeldung (1) und eine Markierung der entsprechenden Felder (2), die ausgefüllt werden müssen.



The screenshot shows a Windows application window titled "Komplikation". At the top, there is a red status bar with a message: "• Bitte füllen Sie das Feld aus." (1). Below this, the main form has several input fields. Two specific fields are highlighted with red boxes and labeled with the number "2": "Datum des Auftretens" (date of onset) and "Komplikation" (complication). Both of these fields have a small red exclamation mark icon above them, indicating they are required. Other fields shown include "aufgrund welchen Eingriffs" (due to which intervention), "aufgrund welcher Untersuchung" (due to which examination), "Zeitpunkt" (time point), "Reintervention erforderlich" (reintervention required), and various treatment sections like "Antibiotikum", "Sekundärheilung", "Revisionsoperation", "Transfusion", "Gerinnungshemmer", "Beatmung", and "Intensivstation". At the bottom, there are "Hinzufügen" (Add) and "Abbrechen" (Cancel) buttons.

Abbildung 62: Screenshot von einem Formular mit Fehlermeldungen

Des Weiteren prüft das System die Dateneingabe auf grobe Unplausibilität. Auch hier erhalten Sie eine Warnung (3) und einen Hinweis auf welches Eingabefeld sich die Warnung bezieht (4). Im unten stehenden Beispiel wurde die Angabe „Antibiotika“ „ja“ nicht angegeben, aber eine Dauer des Antibiotikums eingetragen.

**Komplikation**

• Bitte auf Plausibilität prüfen.

**3**

Datum des Auftretens *	04.02.2012	<input type="button" value="..."/>
Komplikation *	Wundinfektion	
aufgrund welchen Eingriffs	01.02.2012	<input type="button" value="..."/>
aufgrund welcher Untersuchung	<input type="button" value="..."/>	
Zeitpunkt	<input type="button" value="..."/>	
Reintervention erforderlich	<input type="button" value="..."/>	
<b>Behandlung der Komplikation</b>		
Antibiotikum	<input type="button" value="..."/>	10  Tage
Sekundärheilung	<input type="button" value="..."/>	
Revisionoperation	<input type="button" value="..."/>	
Transfusion	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/> ml EK <input type="button" value="..."/> Anzahl TK <input type="button" value="..."/> Anzahl FFP
Gerinnungshemmer	<input type="button" value="..."/>	
Beatmung	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/> Stunden
Intensivstation	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/> Tage
<b>Bemerkung</b>		
<input type="text"/>		
<input type="button" value="Hinzufügen"/> <input type="button" value="Abbrechen"/>		

Abbildung 63: Screenshot mit Fehlermeldungen für Plausibilitätskontrolle

Nach Korrektur der Fehler lässt sich das Formular abspeichern, obwohl noch nicht alle auswertungsrelevanten Felder (in diesem Beispiel „Revisionoperation“) ausgefüllt sind. Deswegen erscheint Ihnen nach „Hinzufügen“ des Formulars in der Übersicht eine Warnung:

**Erkrankungsübersicht**

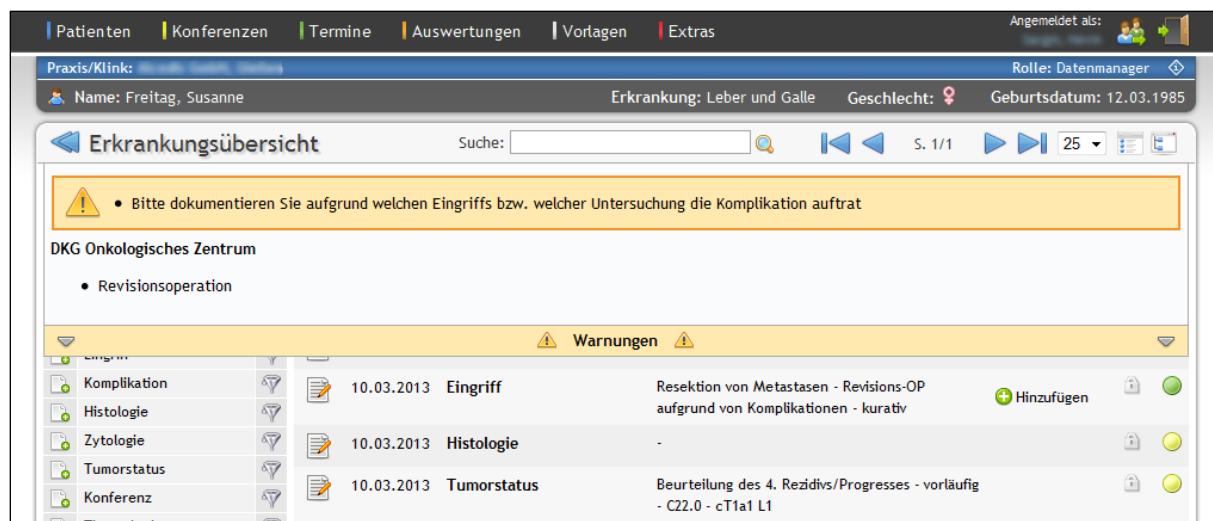
 Warnungen 

<input type="button" value="Filter entfernen"/>	<input type="text" value="Suche:"/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>	<input type="button" value="..."/>																																													
<table border="1"> <tr> <td><input type="button" value="Erkrankung"/></td> <td colspan="14">Erkrankungsinformation</td> </tr> <tr> <td><input type="button" value="Datum"/></td> <td><input type="button" value="Formular"/></td> <td colspan="13">Angaben zum Inhalt</td> </tr> <tr> <td>04.02.2012</td> <td>Komplikation</td> <td colspan="13">Wundinfektion</td> </tr> </table>															<input type="button" value="Erkrankung"/>	Erkrankungsinformation														<input type="button" value="Datum"/>	<input type="button" value="Formular"/>	Angaben zum Inhalt													04.02.2012	Komplikation	Wundinfektion												
<input type="button" value="Erkrankung"/>	Erkrankungsinformation																																																										
<input type="button" value="Datum"/>	<input type="button" value="Formular"/>	Angaben zum Inhalt																																																									
04.02.2012	Komplikation	Wundinfektion																																																									
<table border="1"> <tr> <td><input type="button" value="Anamnese"/></td> <td><input type="button" value="Untersuchung"/></td> <td><input type="button" value="Labor"/></td> <td><input type="button" value="Diagnose"/></td> <td><input type="button" value="Eingriff"/></td> <td><input type="button" value="Komplikation"/></td> <td><input type="button" value="Histologie"/></td> <td><input type="button" value="..."/></td> </tr> </table>															<input type="button" value="Anamnese"/>	<input type="button" value="Untersuchung"/>	<input type="button" value="Labor"/>	<input type="button" value="Diagnose"/>	<input type="button" value="Eingriff"/>	<input type="button" value="Komplikation"/>	<input type="button" value="Histologie"/>	<input type="button" value="..."/>																																					
<input type="button" value="Anamnese"/>	<input type="button" value="Untersuchung"/>	<input type="button" value="Labor"/>	<input type="button" value="Diagnose"/>	<input type="button" value="Eingriff"/>	<input type="button" value="Komplikation"/>	<input type="button" value="Histologie"/>	<input type="button" value="..."/>																																																				

Abbildung 64: Screenshot, wo es Unstimmigkeiten gibt und Warnungen angezeigt werden.

Wählen Sie diese Warnung an, erhalten Sie nähere Informationen zu den fehlenden Feldern. Sie können die Warnung auch ignorieren und an anderer Stelle mit der Dokumentation fortfahren. Sie erscheint erst dann wieder, wenn Sie dieses Formular ein weiteres Mal öffnen und abspeichern ohne die fehlenden Felder ausgefüllt zu haben.

Für die Statusanzeige bedeutet eine solche Fehlermeldung, dass das Formular unvollständig ausgefüllt wurde, weswegen es mit einem gelben Punkt angezeigt wird.



The screenshot shows a software interface titled "Erkrankungsübersicht". At the top, there is a navigation bar with tabs: Patienten, Konferenzen, Termine, Auswertungen, Vorlagen, Extras, and a user status bar indicating "Angemeldet als: [redacted] Rolle: Datenmanager". Below the navigation bar, the patient information is displayed: Name: Freitag, Susanne, Praxis/Klinik: [redacted], Erkrankung: Leber und Galle, Geschlecht: ♀, Geburtsdatum: 12.03.1985. A search bar and navigation buttons are also present. A yellow warning box at the top contains the text: "• Bitte dokumentieren Sie aufgrund welchen Eingriffs bzw. welcher Untersuchung die Komplikation auftrat". The main content area displays a table with sections like DKG Onkologisches Zentrum and Revisionsoperation. The table includes columns for Datum, Formular, and Angaben zum Inhalt. One row for "Eingriff" on 10.03.2013 is shown with the note: "Resektion von Metastasen - Revisions-OP aufgrund von Komplikationen - kurativ". There are also "Warnungen" (Warnings) and "Hinzufügen" (Add) buttons.

Abbildung 65: Screenshot mit aufgeklappter Warnmeldung

Wenn der Datenmanager ein solches Formular händisch abschließt, erscheint die Warnmeldung auch nach erneutem Aufrufen des Formulars nicht mehr. Die gelbe Statusanzeige wird blau.



This screenshot shows the same software interface as Abbildung 65, but the warning message is now closed. The status bar at the top now shows "Angemeldet als: [redacted] Rolle: Datenmanager". The main content area displays the "Erkrankungsübersicht" form. The table in the center shows the same data as before, but the status indicators for the rows have changed. The first row for "Eingriff" on 10.03.2013 now has a blue status icon instead of a yellow one, indicating it has been completed. The other rows also have blue status icons.

Abbildung 66: Screenshot mit manuell abgeschlossenem Histologieformular (Statusanzeige blau)

Die Warnmeldung kann bei aktivem onkologischem Zentrum aus zwei Abschnitten bestehen. Ein Abschnitt zeigt Ihnen die Felder an, die Sie für das jeweilige Organzentrum benötigen und ein Abschnitt zeigt Ihnen an welche Felder für das onkologische Zentrum ausgefüllt werden sollten.

Füllen Sie die geforderten Felder nachträglich aus wird die Statusanzeige „grün“ und die Warnmeldungen entfallen für dieses Dokument.

## 7.4 Abschließen erfasster Daten

### 7.4.1 Abschließen/Öffnen

Sie können einzelne Formulare, oder auch eine gesamte Erkrankung als Datenmanager abschließen.

Öffnen Sie (unabhängig mit welcher Rolle) ein abgeschlossenes Formular, können Sie keine Änderungen vornehmen. Ihnen steht nur der „Abbrechen“ Button zur Verfügung.

Es können erst wieder Änderungen vorgenommen werden, wenn das Formular wieder aufgeschlossen wird. Sie können das Formular zum Beispiel dann abschließen, wenn Ihnen keine weiteren Daten zur Verfügung stehen, sodass das Formular aus Aktensicht vollständig dokumentiert ist, obwohl nicht alle auswertungsrelevanten Felder gefüllt wurden.

Während des Abschließvorganges werden keine Validierungen oder Unvollständigkeiten mehr überprüft. Bitte prüfen Sie den Inhalt des Formulars deswegen vor dem Abschließen.

#### 7.4.1.1 Einzelne Formulare abschließen/öffnen

Klicken Sie auf das Schloss Symbol des Formulars, welches Sie abschließen möchten. Es öffnet sich das Formular schließen/öffnen.

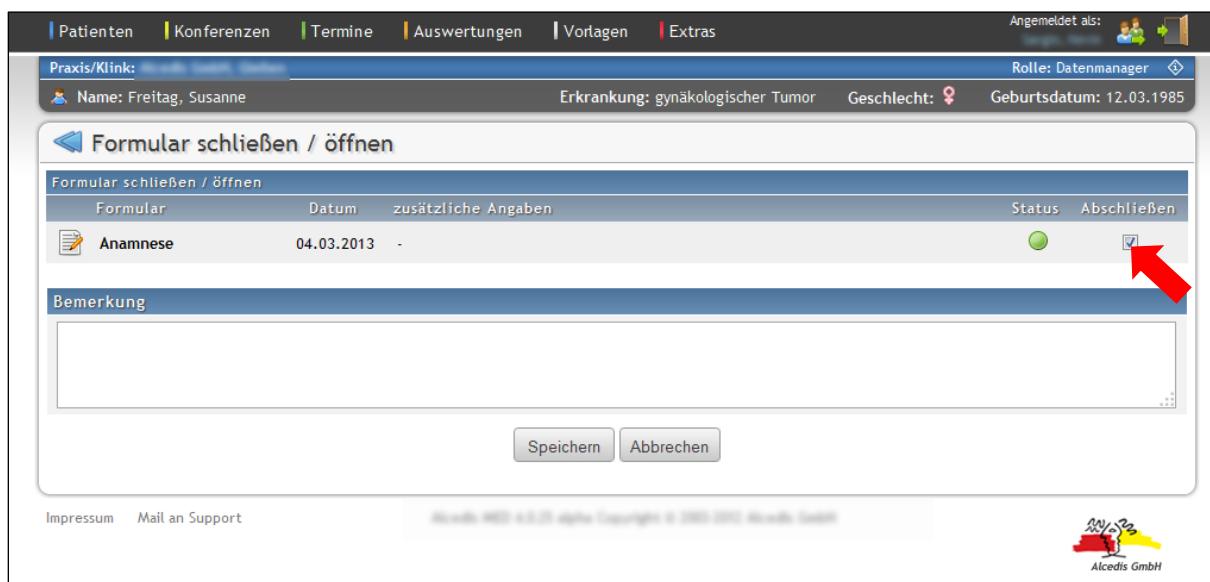


Abbildung 67: Screenshot mit „Abschließen“- Button

Bitte wählen Sie an, dass Sie dieses Formular abschließen möchten. Bei Bedarf können Sie noch eine Bemerkung zu dem Formular notieren. Mit „Speichern“ wird das Formular geschlossen. Das Schloss Symbol wird farbig und Sie können vorerst keine Änderungen in diesem Formular vornehmen. Der Status des Formulars wird in der Regel blau. Formulare mit grünem Status können auch abgeschlossen werden, allerdings bleiben diese auf grün stehen.



Abbildung 68: Screenshot zu manuell abgeschlossenem Formular

Wählen Sie dieses farbige Schloss später wieder an, können Sie zum einen die Bemerkung lesen oder auch das Formular wieder öffnen um es doch noch weiter zu bearbeiten. Bitte verfahren Sie beim Öffnen des Formulars genauso wie beim Abschließen.



Abbildung 69: Screenshot zum Öffnen eines wieder abgeschlossenen Formulars

#### 7.4.1.2 Alle Formulare auf einmal abschließen/öffnen

Um alle Formulare auf einmal auf- oder abzuschließen müssen Sie das Schloss Symbol als Datenmanager aus der Patientenübersicht heraus öffnen.

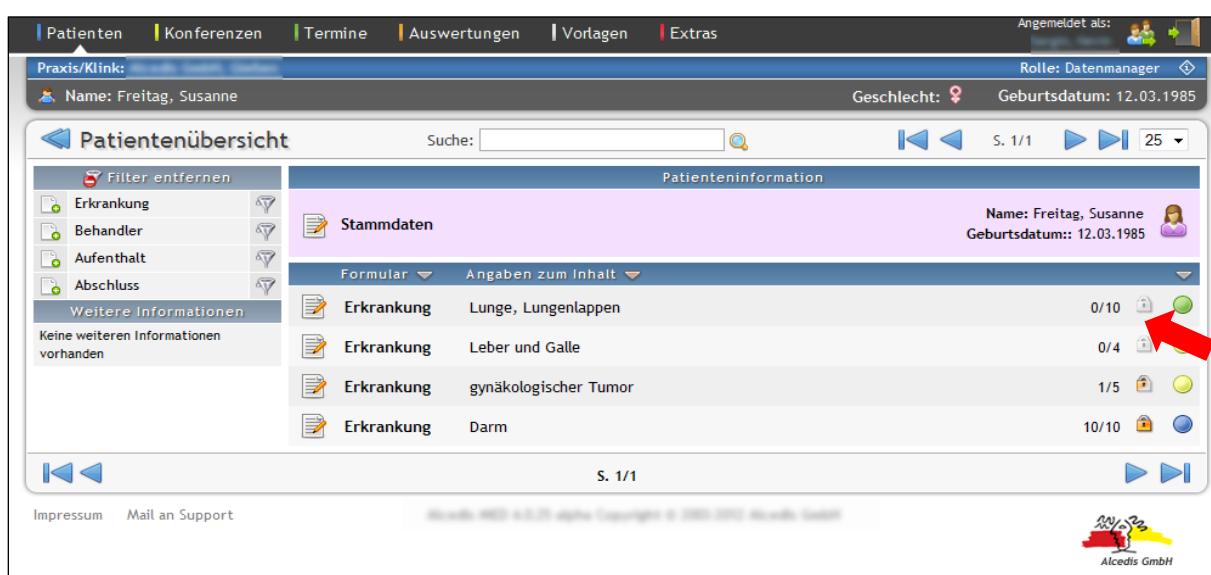


Abbildung 70: Screenshot zum manuell Abschließen aller Formulare

Es öffnet sich eine Liste mit allen dokumentierten Formularen. Diese Liste ist unterteilt nach abgeschlossenen Formularen, die Sie öffnen können (2) und offenen Formularen, die Sie abschließen können (1). Zu jedem Formular hat der Benutzer die Möglichkeit, per Checkbox das Abschließen anzuwählen. Dabei sind beim Aufruf der Übersicht die fehlerfreien Formulare bereits angekreuzt (3). Sie können frei und einzeln wählen welche Formulare sie abschließen möchten oder auch alle auf einmal auswählen (4). Bei Bedarf können Sie eine Bemerkung notieren, die auch für die wieder zu öffnenden Formulare gültig ist. Möchten Sie im selben Moment auch abgeschlossene Formulare öffnen, lassen Sie sich die Liste anzeigen (2) und setzen Sie die Häkchen an den gewünschten Formularen. Über abspeichern werden alle ausgewählten Formular geschlossen bzw. geöffnet. Füllen Sie das Bemerkungsfeld (5) während dieses Vorgangs mit aus wird die Bemerkung in allen angewählten einzelnen „Formularen schließen/öffnen“ übernommen bzw. bei bereits gefüllten Bemerkungsfeldern überschrieben.

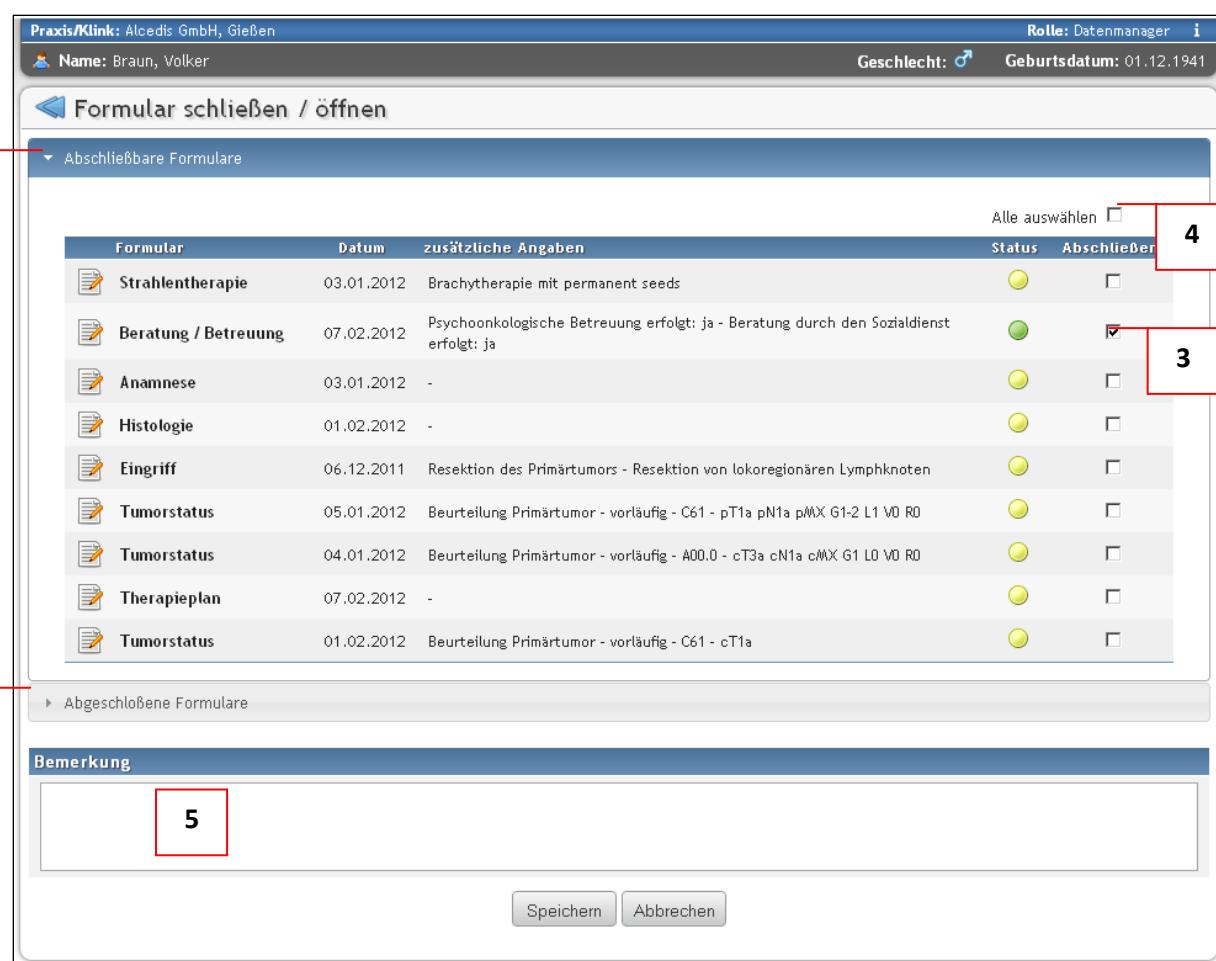


Abbildung 71: Screenshot mit Erklärungen der Abschnitte und Links

## 8 Konferenzen

Die kompetente Patientenversorgung fordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Fachbereiche in der Onkologie. Ergänzend zur Tumordokumentation fördern und optimieren Tumorkonferenzen diese Zusammenarbeit und dienen dabei als Instrument der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle. Zudem erfüllt die fachübergreifende Tumorkonferenz vielfältige Forderungen, die sich z.B. aus Leitlinien und Zertifizierungsvorschriften zusammenstellen. Patienten und Ärzte können das Netzwerk als Second-Opinion-Center nutzen.

Bei den genannten Vorteilen erschweren mitunter lange Anfahrtszeiten und die aufwändige Terminkoordination eine regelmäßige Teilnahme und den reibungslosen Ablauf solcher Meetings. Mit der Online-Tumorkonferenz entfallen die Anfahrtswege, da die Teilnehmer ihren Arbeitsplatz nicht verlassen müssen. Somit wird die Terminplanung für alle Beteiligten vereinfacht. Die Alcedis MED Tumorkonferenz greift auf Daten zurück, die bereits in der Tumordokumentation hinterlegt wurden, doppelte Eingaben entfallen. Darüber hinaus können Sie mit dem Modul Einladungen versenden, Protokolle generieren und den Teilnehmern ermöglichen via Internet bereits vor der Konferenz die Tumorprofile der Patienten einzusehen.

Technische Voraussetzungen für die Nutzung der Onlinekonferenz sind ein internetfähiger Rechner auf dem ein aktueller Flash-Player installiert ist. Ein Mikrofon oder Telefon für Konferenzschaltung (je nach örtlichen Gegebenheiten) sowie eine Webcam sind optional.

Da das Programm mit herkömmlichen Browsern bedient werden kann, können auch niedergelassene Fachärzte ohne großen Aufwand und teure Programmanschaffungen von der Online-Tumorkonferenz profitieren. Gleichzeitig können sich Ärzte für die Teilnahme Fortbildungspunkte von der Ärztekammer anrechnen lassen.

Liegt die Alcedis Anwendung auf Ihrem Server in der Klinik, können sich externe Konferenzteilnehmer natürlich nur einloggen, wenn sie Zugang zu diesem Server haben. Des Weiteren bitten wir zu beachten, dass wenn die Anwendung auf einem Server in Ihrem Haus läuft, ggf. ein automatischer Mailversand (z.B. um Teilnehmer zu einer Konferenz einzuladen) zunächst innerhalb Ihrer IT-Infrastruktur eingerichtet werden muss.

### 8.1 Interdisziplinäre oder abteilungsspezifische Tumorkonferenz

An einer Tumorkonferenz können Sie mit jeder Rolle in Alcedis teilnehmen. Voraussetzung ist, dass Sie vom zuständigen Moderator zu der jeweiligen Konferenz eingeladen wurden.

Nicht nur die Teilnehmer der Konferenz können Sie selber einteilen, sondern bei Bedarf auch alle Patienten mit verschiedenen Erkrankungen zusammen in einer Konferenz besprechen. Ob Sie eine abteilungsspezifische Konferenz durchzuführen oder eine interdisziplinäre Tumorkonferenz abhalten, entscheidet sich über die Zuordnung der Patienten. Auch therapeutische Zeitpunkte (prätherapeutisch/posttherapeutisch) können getrennt oder zusammen besprochen werden. Es gibt kein Limit, wie viele Patienten Sie in einer Konferenz besprechen.

### 8.1.1 Beispiel: Patientenzuordnung einer abteilungsspezifische prätherapeutische Konferenz

Patienten der Tumorkonferenz						
Patient	Erkrankung	Art der Besprechung	Datenstand	Therapieplan	Epikrise	Entfernen
Braun, Volker (01.12.1941) Alcedis GmbH, Gießen	Prostata	prätherapeutisch	08.02.2012 10.41 Uhr			
Hofner, Tobi (24.12.1942) Alcedis GmbH, Gießen	Prostata	prätherapeutisch	08.02.2012 10.32 Uhr			
Weiler, Emil (01.04.1985) Alcedis GmbH, Gießen	Prostata	prätherapeutisch	08.02.2012 10.33 Uhr			

Abbildung 72: Screenshot für Beispieldateneingabe zur Zuordnung von Patienten zu einer abteilungsspezifischen prätherapeutischen Konferenz

### 8.1.2 Beispiel: Patientenzuordnung einer interdisziplinären Tumorkonferenz

Patienten der Tumorkonferenz						
Patient	Erkrankung	Art der Besprechung	Datenstand	Therapieplan	Epikrise	Entfernen
Bartos, Gabriele (08.07.1947) Alcedis GmbH, Gießen	Niere	prätherapeutisch	08.02.2012 10.34 Uhr			
Fachler, Corinna (13.12.1971) Alcedis GmbH, Gießen	Darm	posttherapeutisch	08.02.2012 10.34 Uhr			
Kranz, Yvonne (01.09.1975) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	posttherapeutisch	08.02.2012 10.35 Uhr			
Peters, Stefanie (03.08.1971) Alcedis GmbH, Gießen	Lunge	prätherapeutisch	08.02.2012 10.35 Uhr			

Abbildung 73: Screenshot für Beispieldateneingabe zur Zuordnung von Patienten zu einer interdisziplinären Tumorkonferenz

Folgende Aktivitäten können die einzelnen Rollen in Bezug auf die Konferenz ausüben.

## 8.2 Konferenz als Datenmanager/Dokumentar

### 8.2.1 Möglichkeiten zur Konferenz

- Dokumentation des Patienten für die Tumorkonferenz
- Patienten für eine Konferenz anmelden und/oder zuordnen
- Tumorkonferenzprotokoll generieren
- Protokoll über den Editor bearbeiten
- Datenstand für das Protokoll aktualisieren
- Patienten von einer Konferenz zurückziehen
- Protokoll ansehen, ausdrucken, extern abspeichern
- An der Konferenz als eingeladener Teilnehmer teilnehmen
- Therapieplan zur Konferenz bearbeiten, solange die Konferenz nicht vom Moderator abgeschlossen wurde

## 8.3 Konferenz als Supervisor, Strahlentherapeut, Therapeut systemische Therapien, Pathologe, Radiologe, Niedergelassener Arzt, nur-Lesen-Rolle

### 8.3.1 Möglichkeiten zur Konferenz

- Die dokumentierten Formulare der Konferenzpatienten einsehen
- Protokolle der Konferenzpatienten ansehen, ausdrucken, extern abspeichern
- An der Konferenz als eingeladener Teilnehmer teilnehmen.

## 8.4 In die Konferenz als Teilnehmer einloggen

Die Internetadresse sowie ggf. die Passwortcodes für die parallele Telefonkonferenz erhalten Sie von Ihrem Moderator. Ebenso einen Benutzernamen und ein Login-Passwort für die Anwendung.

Unter dem Menüpunkt „Konferenz“ erhalten Sie eine Liste mit allen Konferenzen zu denen Sie eingeladen sind.

### 8.4.1 Menüführung der Konferenz

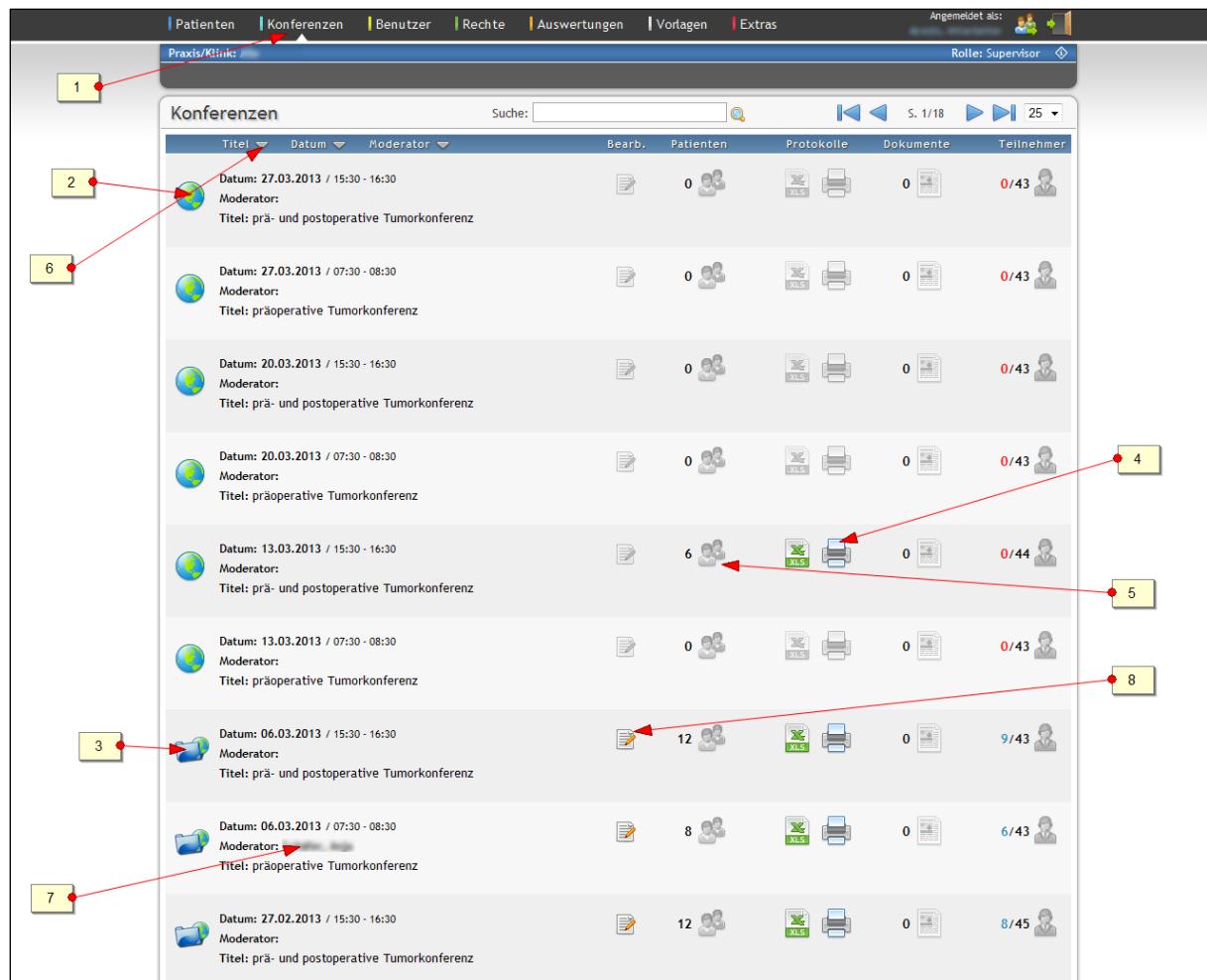


Abbildung 74: Screenshot zur Menüführung für eine Tumorkonferenz

1. Menüpunkt Konferenz
2. Betreten der Onlinekonferenz.
3. Abgeschlossene Konferenz, die nicht mehr betreten werden kann, in der Sie sich aber noch die Protokolle und Präsentationen ansehen können.
4. Tumorkonferenzprotokolle (Epikrisen) aller Patienten dieser Konferenz.
5. Patienten der Konferenz mit jeweiliger Epikrise. Anzahl der Patienten, die dieser Konferenz bereits zugeordnet sind.
6. Sortierfunktion um Titel bzw. Datum der Konferenzen auf oder absteigend zu sortieren.
7. Zuständiger Moderator dieser Konferenz.
8. Konferenz bearbeiten hat nur die Rolle Supervisor um geschlossene Konferenzen nachträglich zu öffnen (vgl. Kapitel 4.1.4).

#### 8.4.2 In der Konferenz als Teilnehmer

Betreten Sie die Konferenz über den Weltkugel Button. Die Konferenz beginnt mit Eintritt des Moderators, der Ihnen die Patienten vorstellt. Wenn der Moderator und die Teilnehmer vorhanden sind, ist dies ein Beispiel für einen Screenshot, wie das Ganze für den Teilnehmer aussehen würde.

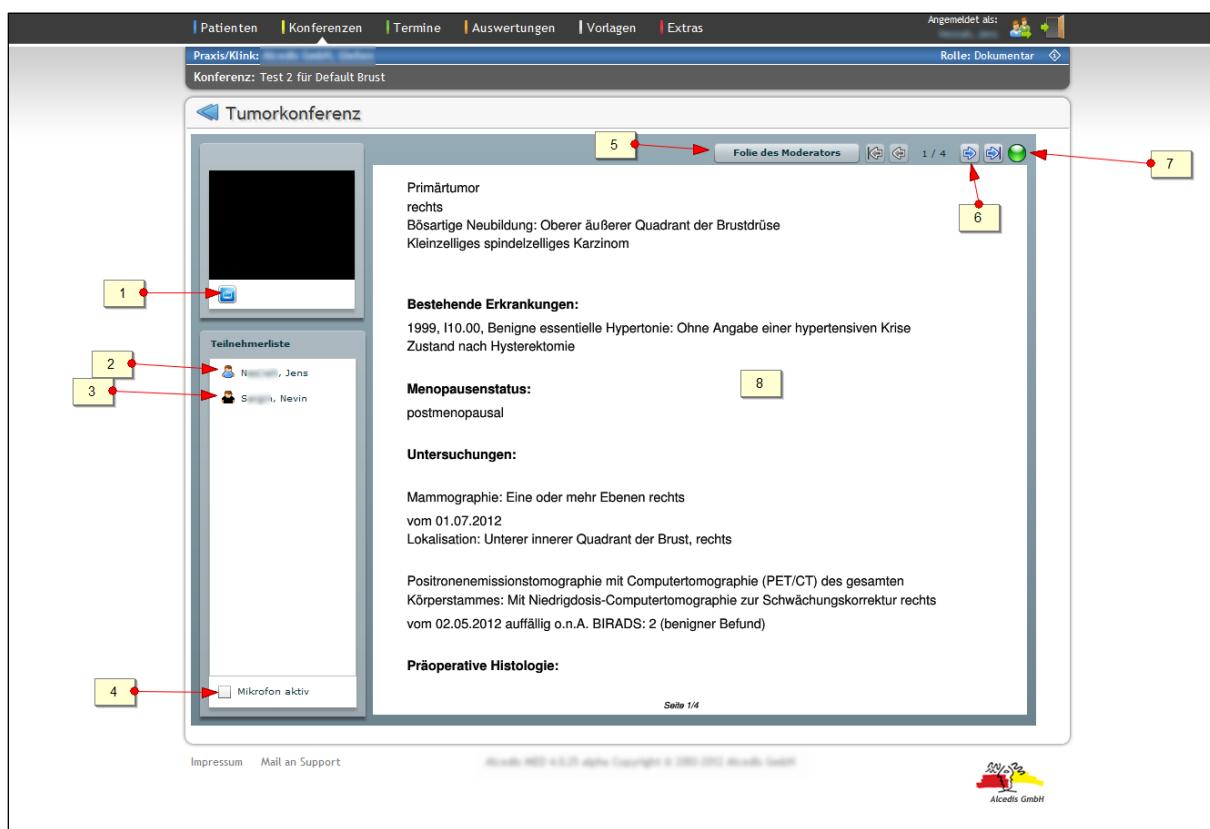


Abbildung 75: Screenshot einer Tumorkonferenz in der Ansicht eines Teilnehmers

1. Übertragung ihres Videobildes einschalten bzw. ausschalten. Bewährt hat sich die Variante, dass sich die Person, die gerade spricht, in das Video-Fenster ein wählt. Dazu muss der Betreffende sein Videobild einschalten und nach seinem Beitrag wieder ausschalten.  
Voraussetzung ist eine installierte Webcam.
2. Blaues Icon: es handelt sich hier um einen Teilnehmer der Konferenz
3. Schwarzes Icon: es handelt sich um den Moderator der Konferenz.
4. Am Computer installiertes Mikrofon ein- bzw. ausschalten.
5. Sie gelangen in Ansicht des Moderators zurück und können ihm folgen.
6. Sie können für sich alleine die Seiten des aktuellen Protokolls blättern. Andere Teilnehmer oder auch der Moderator sehen dieses Blättern nicht.
7. Wenn dieser Punkt grün, ist besteht eine Verbindung.
8. Vom Moderator angezeigtes Protokoll des aktuelle zu besprechenden Patienten. Sie können das Protokoll für sich alleine nach oben und unten schieben.

Das Fenster ist im Aufbau bei einem Moderator etwas anders. Genaueres ist im Kapitel 8.5.1.6 zu sehen

## 8.5 Die Konferenz als Moderator

### 8.5.1 Aufgaben

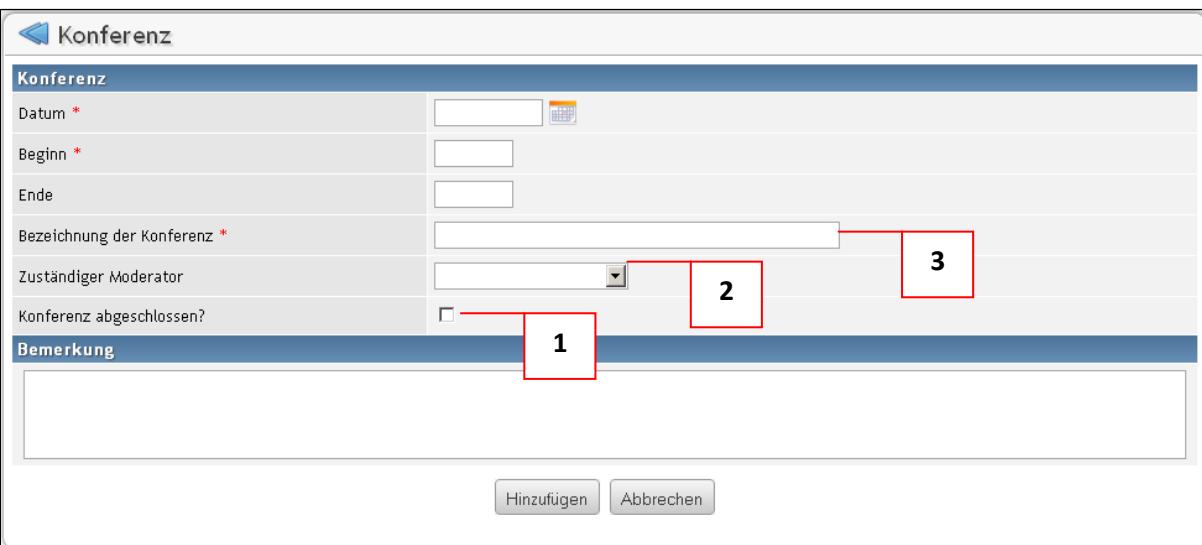
- Legt neue Konferenzen an
- Legt Teilnehmerprofile an
- Ordnet hinterlegte Patienten einer Konferenzen zu
- Lädt Dokumente für die Konferenz hoch und ordnet diese den Patienten der Konferenz zu
- Lädt Teilnehmer zur jeweiligen Konferenz ein
- Verschickt Einladungs-E-Mails
- Moderiert die Konferenz:
- Wählt Patienten bzw. Dokumente aus
- Blättert die Folien
- Dokumentiert die Therapieentscheidungen
- Bestätigt nach der Konferenz die Teilnahme der Teilnehmer
- Schließt die Konferenz ab

### 8.5.1.1 Eine neue Konferenz anlegen

Um eine neue Konferenz anzulegen gehen Sie bitte auf den Button „Hinzufügen“ und füllen das sich öffnende Formular aus.

Konferenzen								
	Hinzufügen	Konferenz	Patienten	Protokolle	Datum ▾	Titel ▾	Dokumente	Teiln. Moderator ▾
		1		29.02.2012 10:00 - 11:00	Testkonferenz Gießen	0	0/0	Müller, Martha
		2		09.02.2012 10:00 - 11:00	Interdisziplinäre Tumorkonferenz	0	0/2	
		3		08.02.2012 10:00 - 11:00	prätherapeutische Prostata Konferenz	0	0/1	
		0		07.02.2012 10:00 - 11:00	Testkonferenz Prostata	0	0/0	
		4		02.02.2012 12:00 - 13:00	Testkonferenz 1	2	3/9	Müller, Martha

Abbildung 76: Screenshot Schritt 1 zum Konferenz anlegen



Konferenz

Datum \*

Beginn \*

Ende

Bezeichnung der Konferenz \*

Zuständiger Moderator

Konferenz abgeschlossen?

Bemerkung

Hinzufügen Abbrechen

Abbildung 77: Screenshot Schritt 2 zum Konferenz anlegen

Das Häkchen im Feld „Konferenz abgeschlossen“ (1) setzen Sie bitte erst, wenn die Konferenz durchgeführt wurde und alle Angaben zur Konferenz vollständig dokumentiert wurden.

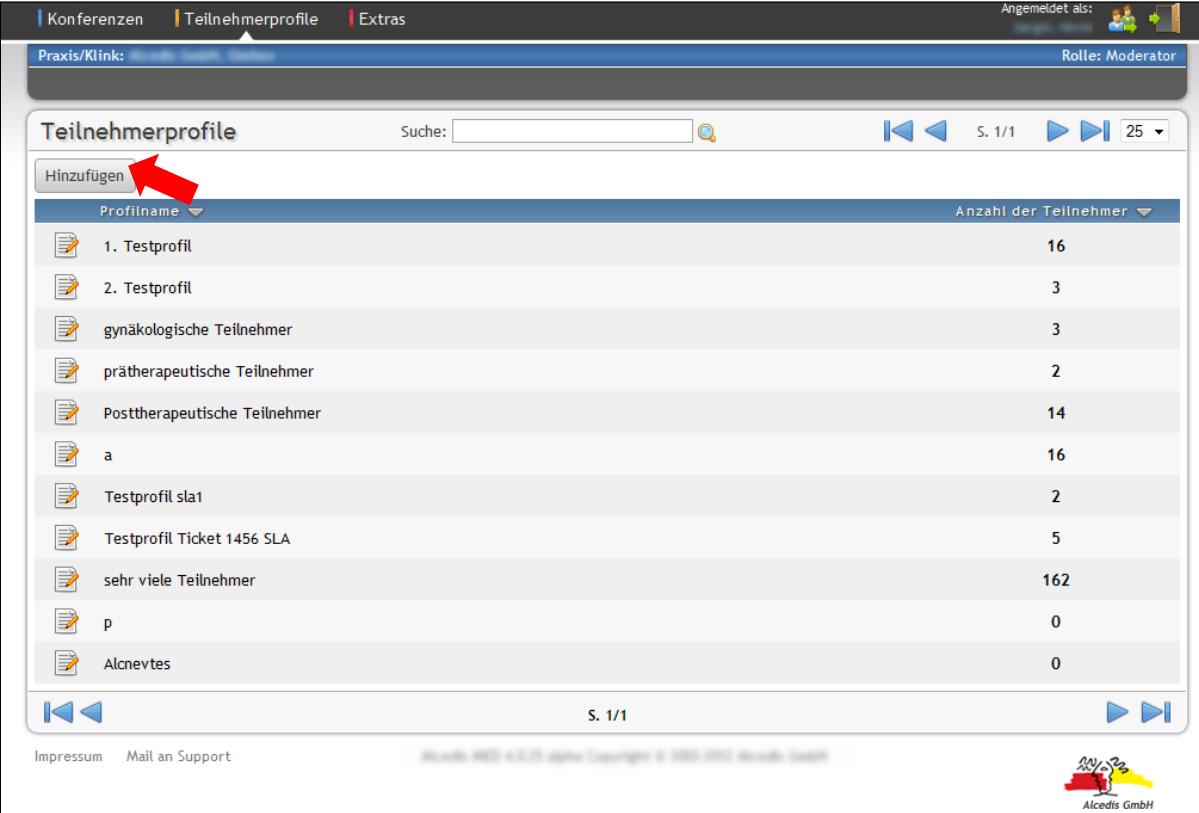
Möchten Sie die Konferenzeinladung per E-Mail über Alcedis verschicken, geben Sie bitte den zuständigen Moderator an (2). Von seiner hinterlegten E-Mail Adresse werden die Einladungen versendet. Die Bezeichnung der Konferenz (3) und auch das Bemerkungsfeld werden in den Einladungstext integriert. Ein Beispiel finden Sie im Anhang.

### 8.5.1.2 Teilnehmerprofile anlegen

Damit Sie nicht jeden Teilnehmer, den Sie einer Konferenz zuordnen wollen, jedes Mal einzeln anwählen müssen, können Sie Teilnehmerprofile zusammen stellen und somit schnell die Teilnehmergruppe aufrufen.

Wählen Sie den Menüpunkt „Teilnehmerprofile“ aus, erhalten Sie eine Liste mit allen bereits angelegten Profilen. Sie können die einzelnen Profile aufrufen und beliebig bearbeiten.

Ein neues Profil legen Sie über den „Hinzufügen“ Button an:



Profilname	Anzahl der Teilnehmer
1. Testprofil	16
2. Testprofil	3
gynäkologische Teilnehmer	3
prätherapeutische Teilnehmer	2
Posttherapeutische Teilnehmer	14
a	16
Testprofil sla1	2
Testprofil Ticket 1456 SLA	5
sehr viele Teilnehmer	162
p	0
Alcnevtes	0

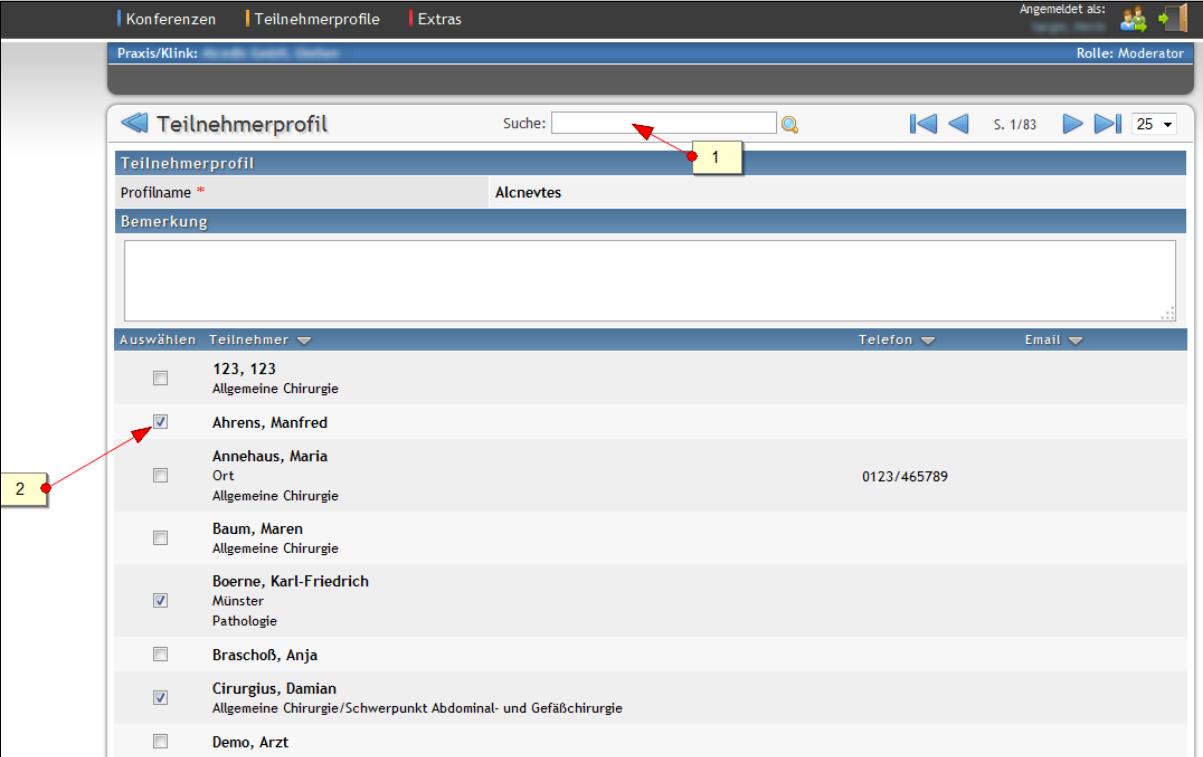
Abbildung 78: Screenshot Schritt 3 für angelegte Konferenz Teilnehmerprofil hinzufügen

Nachdem Sie einen Profilnamen (1) auswählen und auf hinzufügen drücken, erhalten Sie eine Liste mit allen im System angelegten Ärzten/Benutzern. Bitte wählen Sie einen eindeutigen Profilnamen, den Sie später in der Auswahl wiedererkennen.



Abbildung 79: Screenshot Schritt 4 für angelegte Konferenz Teilnehmerprofil erstellen

Nun erscheinen die Teilnehmer, die schon angelegt waren. Wählen Sie nun diejenigen Teilnehmer aus, die in Ihrem Profil sein sollen.



**Teilnehmerprofil**

Suche:

1

Profilname \* Alcnevtes

Bemerkung

Auswählen	Teilnehmer	Telefon	Email
<input type="checkbox"/>	123, 123 Allgemeine Chirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Ahrens, Manfred		
<input type="checkbox"/>	Annehaus, Maria Ort Allgemeine Chirurgie	0123/465789	
<input type="checkbox"/>	Baum, Maren Allgemeine Chirurgie		
<input checked="" type="checkbox"/>	Boerne, Karl-Friedrich Münster Pathologie		
<input type="checkbox"/>	Braschoß, Anja		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cirurgius, Damian Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie		
<input type="checkbox"/>	Demo, Arzt		

Abbildung 80: Screenshot zum Suchen von Teilnehmern bzw. einfügen in das Teilnehmerprofil der Konferenz

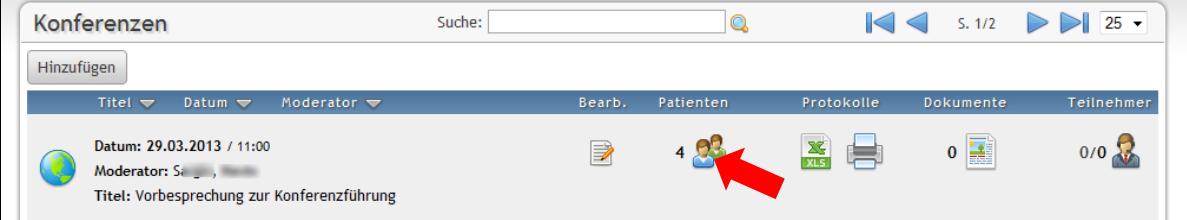
1. Über die Suche können Sie schnell die Teilnehmer finden, die Sie zusammenstellen möchten.
2. Ansonsten setzen Sie direkt ein Haken neben dem jeweiligen Benutzer, den Sie in diesem Teilnehmerprofil dabei haben möchten und beenden Sie das Ganze nun mit dem Button „Speichern“.

Auch nach dem Abspeichern können Teilnehmer ergänzt oder aus dem Profil gelöscht werden!

#### 8.5.1.3 Patienten einer Konferenz zuordnen oder aus einer Konferenz entfernen

Wie Sie als Datenmanager oder Dokumentar Patienten einer Konferenz zuordnen oder entziehen können, entnehmen Sie bitte Kapitel.

Als Moderator finden Sie in der Konferenzübersicht zu jeder Konferenz den Punkt „Patienten“. Wählen Sie diesen Button an erscheint eine Liste mit allen Patienten, die dieser Konferenz bereits zugeordnet sind.



Konferenzen

Hinzufügen

Suche:

4

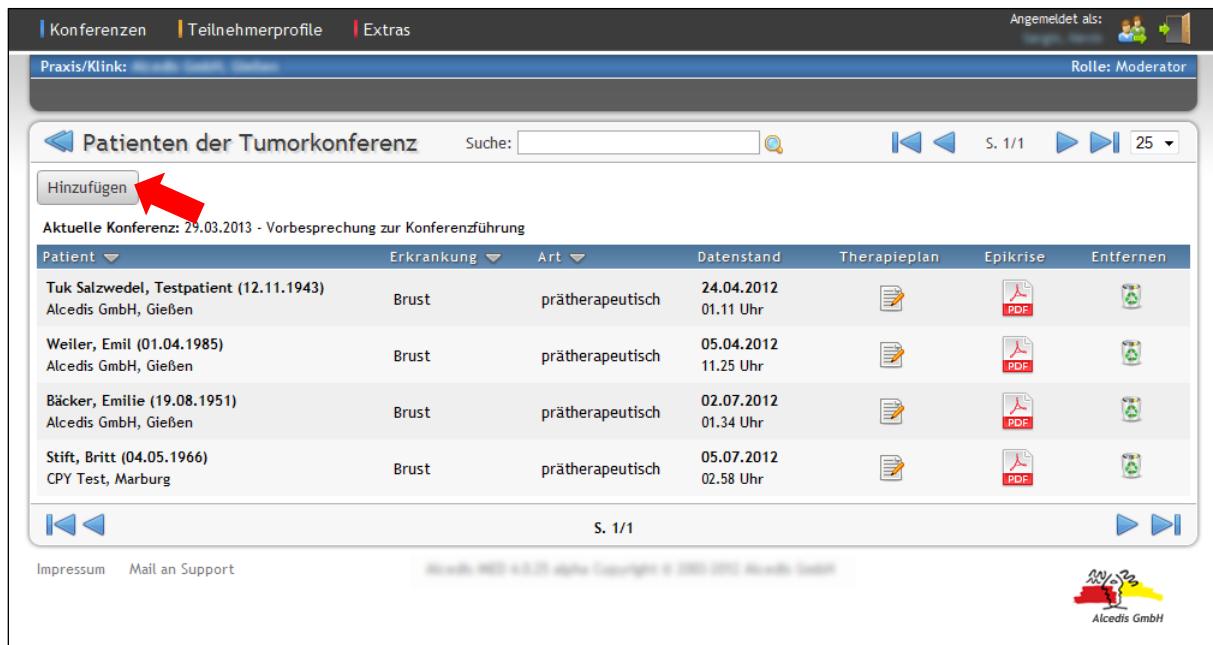
Titel Datum Moderator Bearb. Patienten Protokolle Dokumente Teilnehmer

Datum: 29.03.2013 / 11:00  
Moderator:   
Titel: Vorbesprechung zur Konferenzführung

0 0/0

Abbildung 81: Screenshot um Musterkonferenz mit 4 Teilnehmern

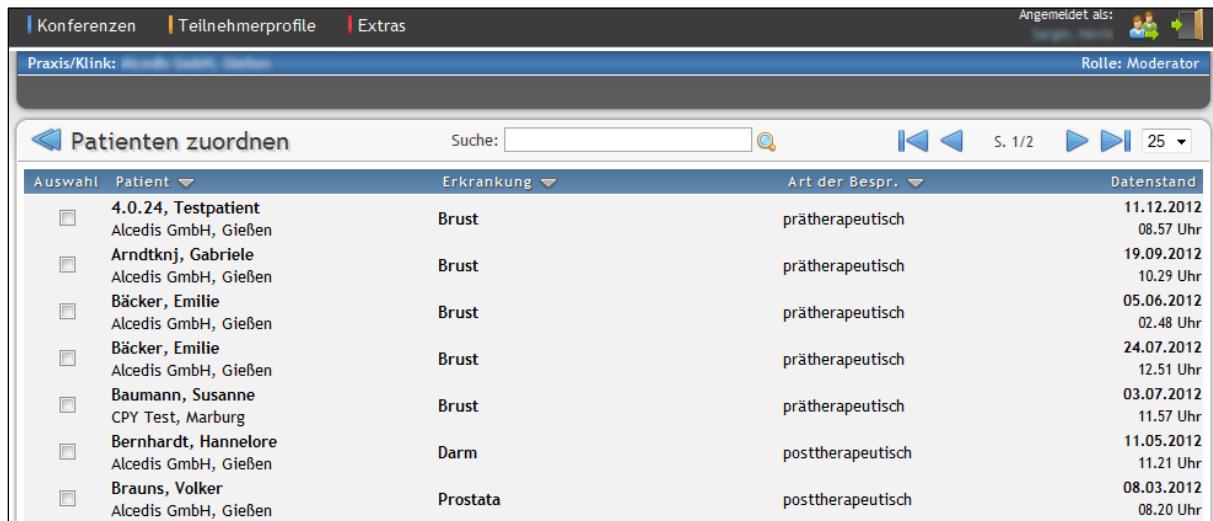
Weitere Patienten können Sie über den Hinzufügen Button zuordnen. Dort erhalten Sie eine Liste mit Patienten, die von einem Dokumentar oder Datenmanager für eine Konferenz vorgesehen sind, aber noch nicht zugeordnet wurden.



The screenshot shows a list of patients for a tumor conference. The 'Hinzufügen' button is highlighted with a red arrow. The table includes columns for Patient, Erkrankung, Art, Datenstand, Therapieplan, Epikrise, and Entfernen. The data is as follows:

Patient	Erkrankung	Art	Datenstand	Therapieplan	Epikrise	Entfernen
Tuk Salzwedel, Testpatient (12.11.1943) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	24.04.2012 01.11 Uhr			
Weiler, Emil (01.04.1985) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	05.04.2012 11.25 Uhr			
Bäcker, Emilie (19.08.1951) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	02.07.2012 01.34 Uhr			
Stift, Britt (04.05.1966) CPY Test, Marburg	Brust	prätherapeutisch	05.07.2012 02.58 Uhr			

Abbildung 82: Screenshot um Patienten in eine Konferenz hinzuzufügen



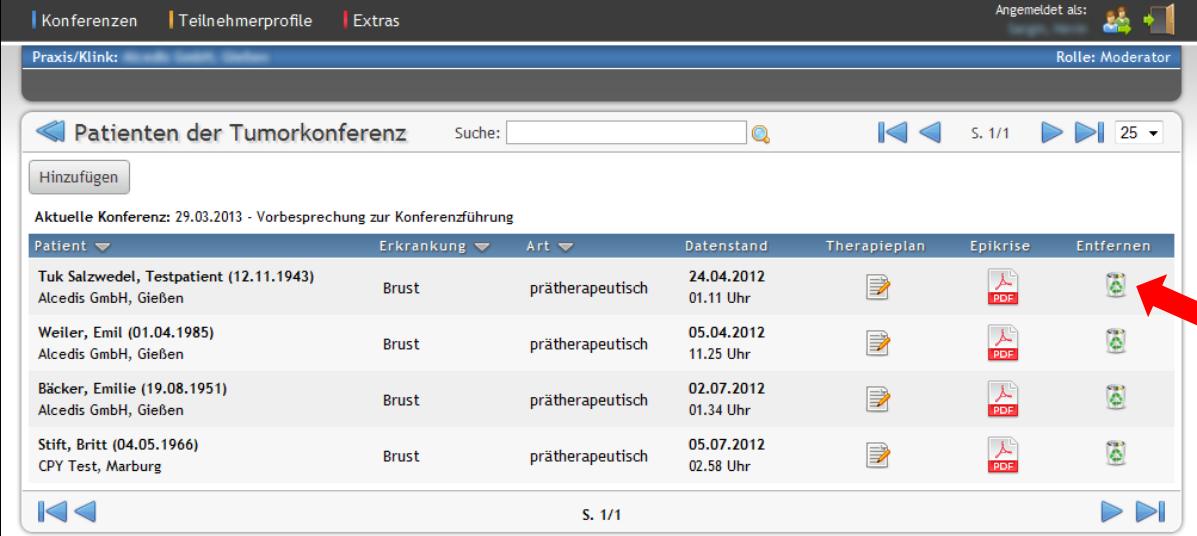
The screenshot shows a list of patients available for assignment. The table includes columns for Auswahl, Patient, Erkrankung, Art der Bespr., and Datenstand. The data is as follows:

Auswahl	Patient	Erkrankung	Art der Bespr.	Datenstand
<input type="checkbox"/>	4.0.24, Testpatient Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	11.12.2012 08.57 Uhr
<input type="checkbox"/>	Arndtknj, Gabriele Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	19.09.2012 10.29 Uhr
<input type="checkbox"/>	Bäcker, Emilie Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	05.06.2012 02.48 Uhr
<input type="checkbox"/>	Bäcker, Emilie Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	24.07.2012 12.51 Uhr
<input type="checkbox"/>	Baumann, Susanne CPY Test, Marburg	Brust	prätherapeutisch	03.07.2012 11.57 Uhr
<input type="checkbox"/>	Bernhardt, Hannelore Alcedis GmbH, Gießen	Darm	posttherapeutisch	11.05.2012 11.21 Uhr
<input type="checkbox"/>	Brauns, Volker Alcedis GmbH, Gießen	Prostata	posttherapeutisch	08.03.2012 08.20 Uhr

Abbildung 83: Screenshot mit Auflistung von Beispieldatienten, die für die Konferenz zur Verfügung stehen

Sie können einen bis alle Patienten anwählen und zur Konferenz hinzufügen.

Einen Patienten aus der Konferenz wieder entfernen können Sie in der Liste „Patienten der Tumorkonferenzliste“ über den „Entfernen“ Button.



Patienten der Tumorkonferenz

Aktuelle Konferenz: 29.03.2013 - Vorbesprechung zur Konferenzführung

Patient	Erkrankung	Art	Datenstand	Therapieplan	Epikrise	Entfernen
Tuk Salzwedel, Testpatient (12.11.1943) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	24.04.2012 01.11 Uhr			
Weiler, Emil (01.04.1985) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	05.04.2012 11.25 Uhr			
Bäcker, Emilie (19.08.1951) Alcedis GmbH, Gießen	Brust	prätherapeutisch	02.07.2012 01.34 Uhr			
Stift, Britt (04.05.1966) CPY Test, Marburg	Brust	prätherapeutisch	05.07.2012 02.58 Uhr			

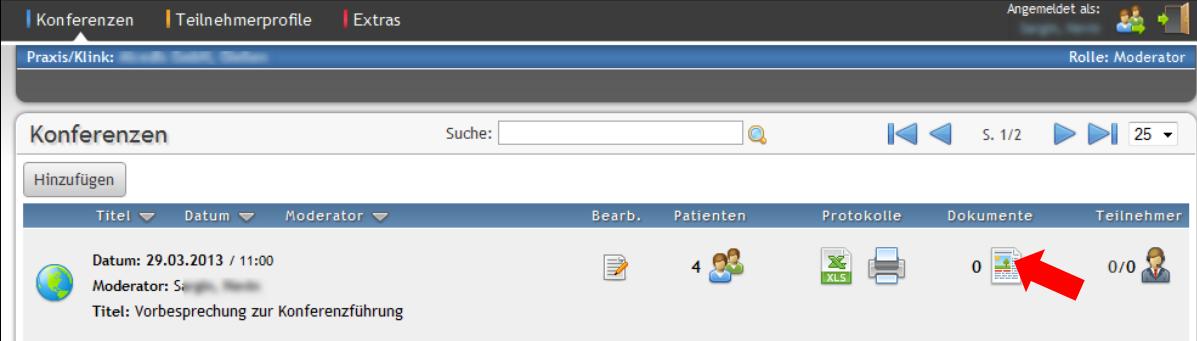
Abbildung 84: Screenshot, wie Patienten aus Tumorkonferenz entfernt werden

#### 8.5.1.4 Weitere Dokumente in der Konferenz zeigen

Sie können zu jedem Patienten der Konferenz beliebige PDF Dokument hochladen und in der Konferenz zeigen.

Bitte testen Sie vor Beginn der Konferenz, ob die Dokumente in der Konferenz gut lesbar sind. Querformate können nicht vollständig abgebildet werden. Gut geeignet sind Power Point Folien als PDF. Hochformate sind ebenfalls möglich.

Ein Dokument wird folgendermaßen hinzugefügt. In der Konferenzen Liste finden Sie zu jeder Konferenz den Punkt „Dokumente“.



Konferenzen

Datum: 29.03.2013 / 11:00  
Moderator: Si...  
Titel: Vorbesprechung zur Konferenzführung

Konferenzen			Bearb.	Patienten	Protokolle	Dokumente	Teilnehmer	
Hinzufügen	Title	Datum	Moderator					
					4		0	0/0

Abbildung 85: Screenshot über vorhandene Dokumente in der Konferenz

Öffnen Sie diesen Punkt, erhalten Sie eine Liste mit allen bereits hinzugefügten Dokumenten. Über den Button „Hinzufügen“ können Sie weiter Dokumente hochladen.

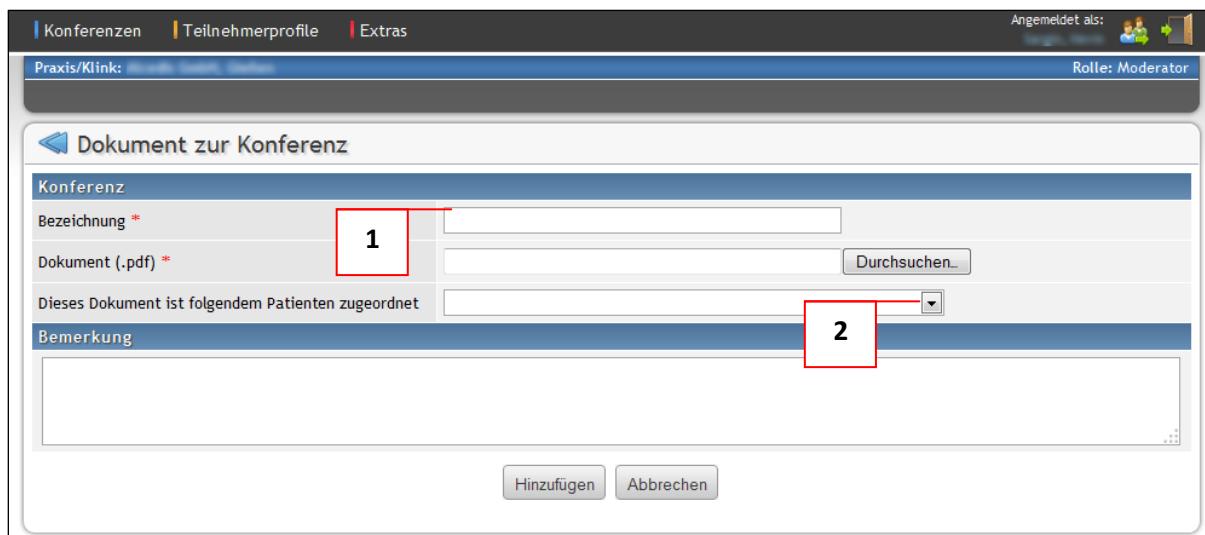


Abbildung 86: Screenshot für das Anlegen eines Dokumentes zur Konferenz

Die eingegebene Bezeichnung (1) des Dokumentes finden Sie in der Tumorkonferenz zur Präsentation wieder. Ordnen Sie das Dokument einem Patienten zu (2), finden Sie es in der Onlinekonferenz nach Auswahl des Patienten (3) unter „Präsentation“ (4). Haben Sie das Dokument nicht zugeordnet befindet es sich an der Stelle, an der Sie sonst den Patienten auswählen würden (3).

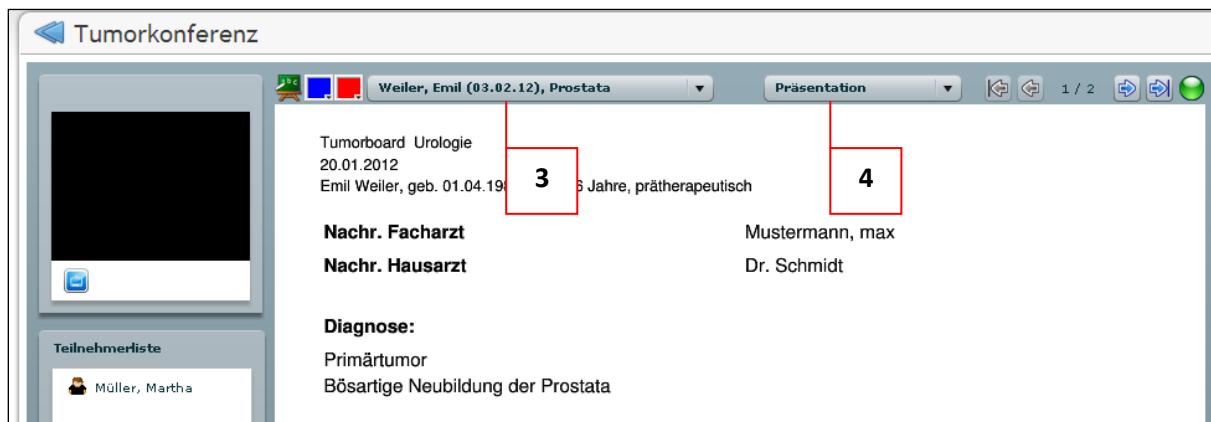


Abbildung 87: Screenshot mit Abschnitt einer Tumorkonferenz in Sicht des Teilnehmers

Möchten Sie Dokumente zu Ihren Patienten außerhalb der Konferenz einsehen, finden Sie diese in der Liste „Dokumente der Konferenz“.

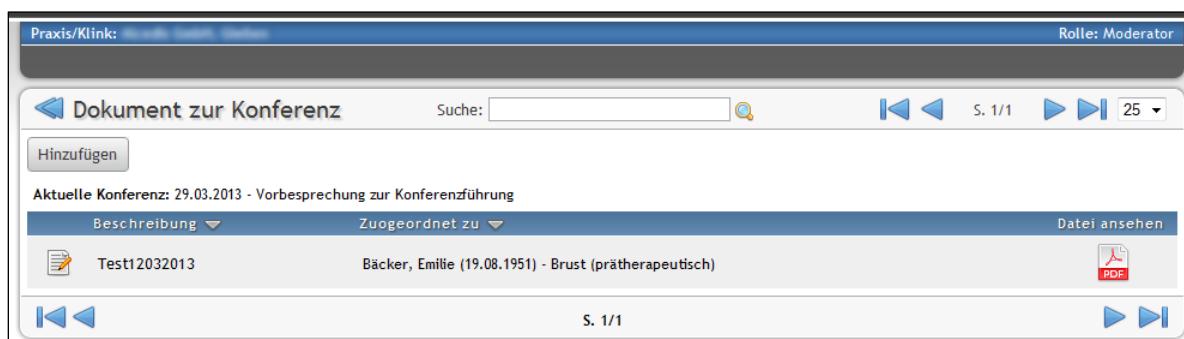


Abbildung 88: Screenshot von einem angelegten Dokument

### 8.5.1.5 Teilnehmer der Konferenz

Um die Teilnehmer einer Konferenz zuzuordnen, drücken Sie auf das Männchen unter dem Abschnitt Teilnehmer:

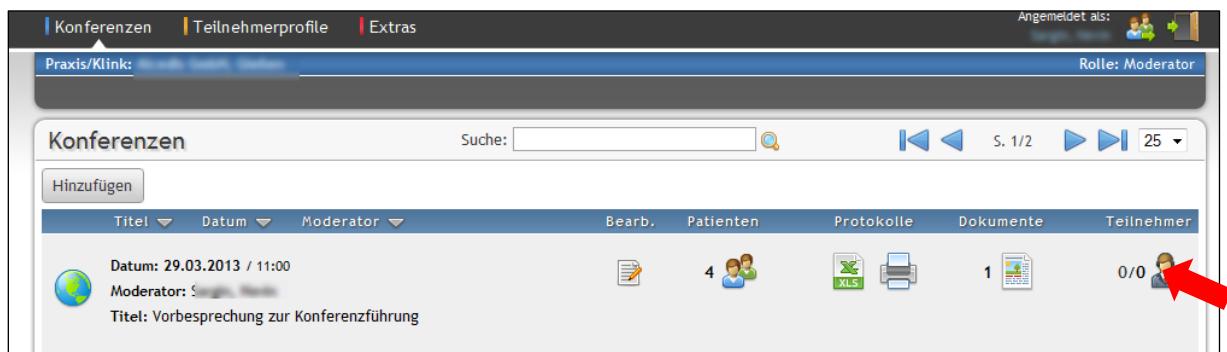


Abbildung 89: Screenshot von Musterkonferenz mit 0 Teilnehmern

Nun können Sie einzeln (1) Teilnehmer dieser Konferenz zuordnen oder ein zuvor angelegtes Profil laden (2) (vgl. Kapitel 8.5.1.2).

Es ist auch möglich erst ein Teilnehmerprofil zu laden (2) und anschließend für diese Konferenz noch einzelne Teilnehmer hinzufügen (1).

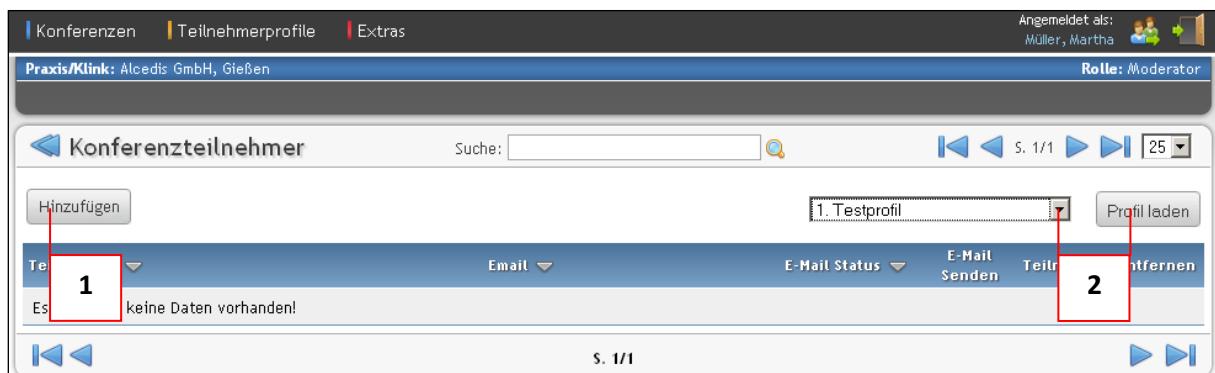


Abbildung 90: Screenshot über Konferenzteilnehmer

Wenn Sie Teilnehmer einzeln aus der Liste auswählen, bestätigen Sie die Auswahl nach Setzen des Häkchens bitte über den Button „Ausgewählte Teilnehmer der Konferenz zuweisen“. Bitte beachten Sie, dass an dieser Stelle hinzugefügte Ärzte nicht in das Profil ergänzt werden.

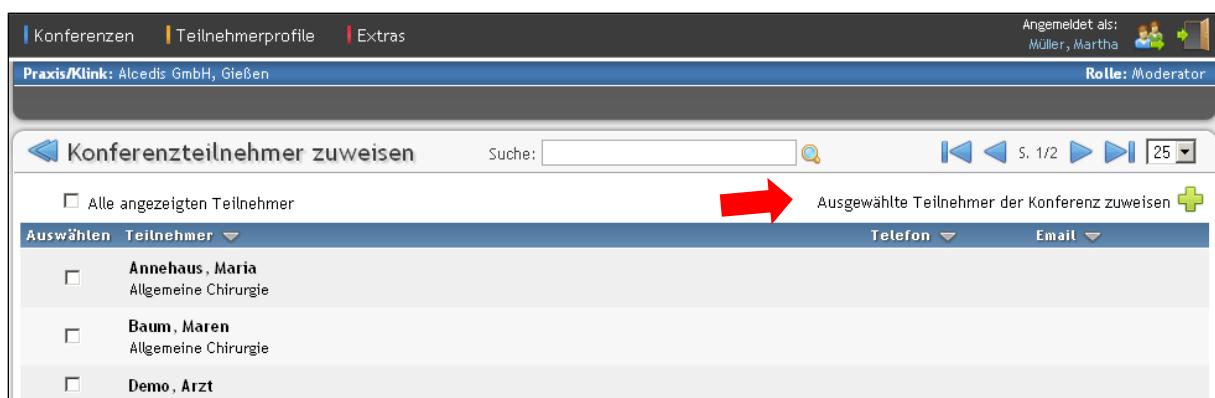
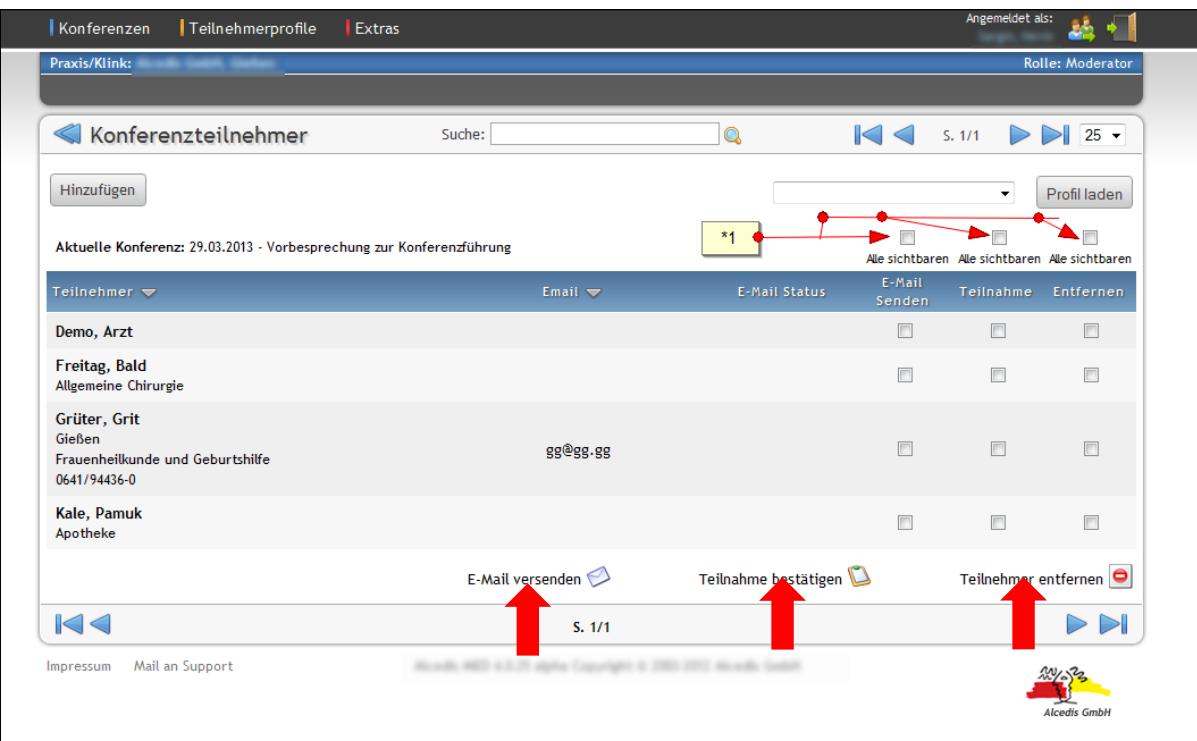


Abbildung 91: Screenshot zum Zuweisen der Konferenzteilnehmer

Nachdem Sie die entsprechenden Teilnehmer zusammengestellt haben können Sie die Teilnehmer einzeln oder alle zusammen per Mail einladen, die Teilnahme bestätigen oder Teilnehmer wieder löschen.

Bitte beachten Sie, dass nach der Auswahl durch das Setzen des Häkchens die gewünschte Aktion noch über den jeweiligen Button bestätigt werden muss.



Teilnehmer	Email	E-Mail Status	E-Mail Senden	Teilnahme	Entfernen
Demo, Arzt			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag, Bald Allgemeine Chirurgie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüter, Grit Gießen Frauenheilkunde und Geburtshilfe 0641/94436-0	gg@gg.gg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kale, Pamuk Apotheke			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 92: Screenshot zur Teilnahmebestätigung bzw. zum Teilnahme entfernen

Durch Laden des Profils oder Hinzufügen einzelner Teilnehmer können diese an der Konferenz teilnehmen, unabhängig davon ob Sie E-Mail Einladungen versenden oder nicht. Bitte stellen Sie sicher, dass eingeladenen Personen einen Username und ein Passwort zum Einloggen in das Programm sowie die URL von Ihrer Klinik erhalten haben.

Möchten Sie Teilnehmer per Mail zur Konferenz einladen, setzen Sie bitte an den entsprechenden Stellen ein Häkchen und betätigen Sie den „E-Mail versenden“ Button. Sie erhalten in der Spalte „E-Mail Status“ eine Bestätigung, ob und wann der Versand durchgeführt wurde.

Auf gleiche Weise bestätigen Sie die Teilnahme der Teilnehmer oder Löschen sie für diese Konferenz.

Alle bestätigten Teilnehmer werden auf das Tumorkonferenzprotokoll der Patienten übertragen.

Hinweis \*1 aus dem screenshot: Da die Teilnehmerliste auf mehrere Seiten verlaufen kann, wird durch das Klicken dieses Feldes nur die gesamten Teilnehmer markiert, die Sie direkt auch sehen und keine anderen, die sich auf den vorherigen/kommenden Seiten befinden. So kann vermieden werden, dass sie Teilnehmer einfügen, die Sie in diesem Moment nicht sehen und gar nicht hinzufügen wollten.

### 8.5.1.6 Konferenz moderieren

Der Moderator eröffnet die Tumorkonferenz, indem er über die Weltkugel das Meeting betritt.

Sie erhalten zunächst eine weiße Oberfläche mit der Bitte ein Dokument auszuwählen. Nach Auswahl wird Ihnen und allen Teilnehmern der Konferenz dieses auf der Präsentationsfläche angezeigt. Zur Moderation stehen Ihnen verschiedene Tools zur Verfügung.

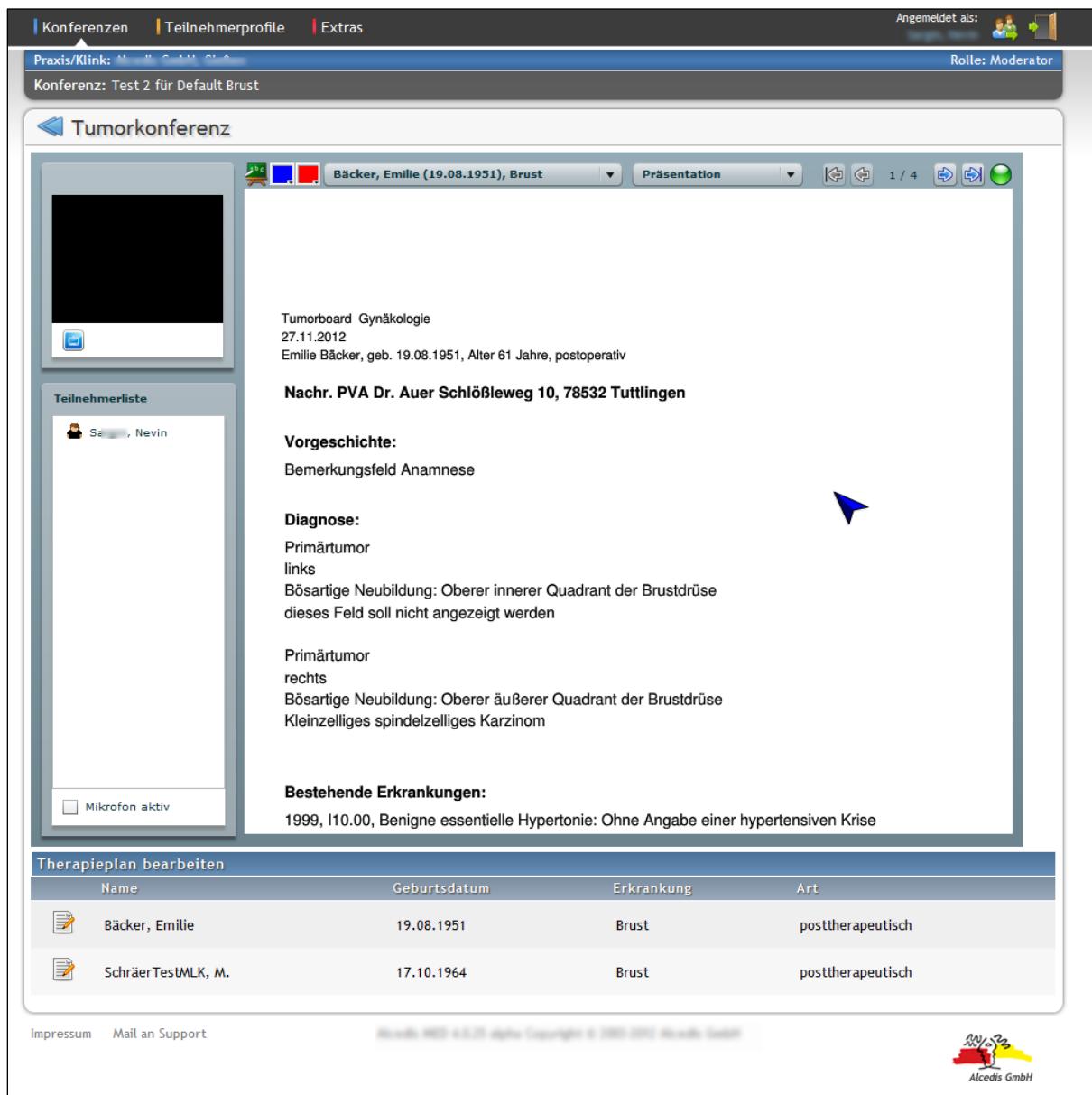


Abbildung 93: Screenshot von einer Tumorkonferenz

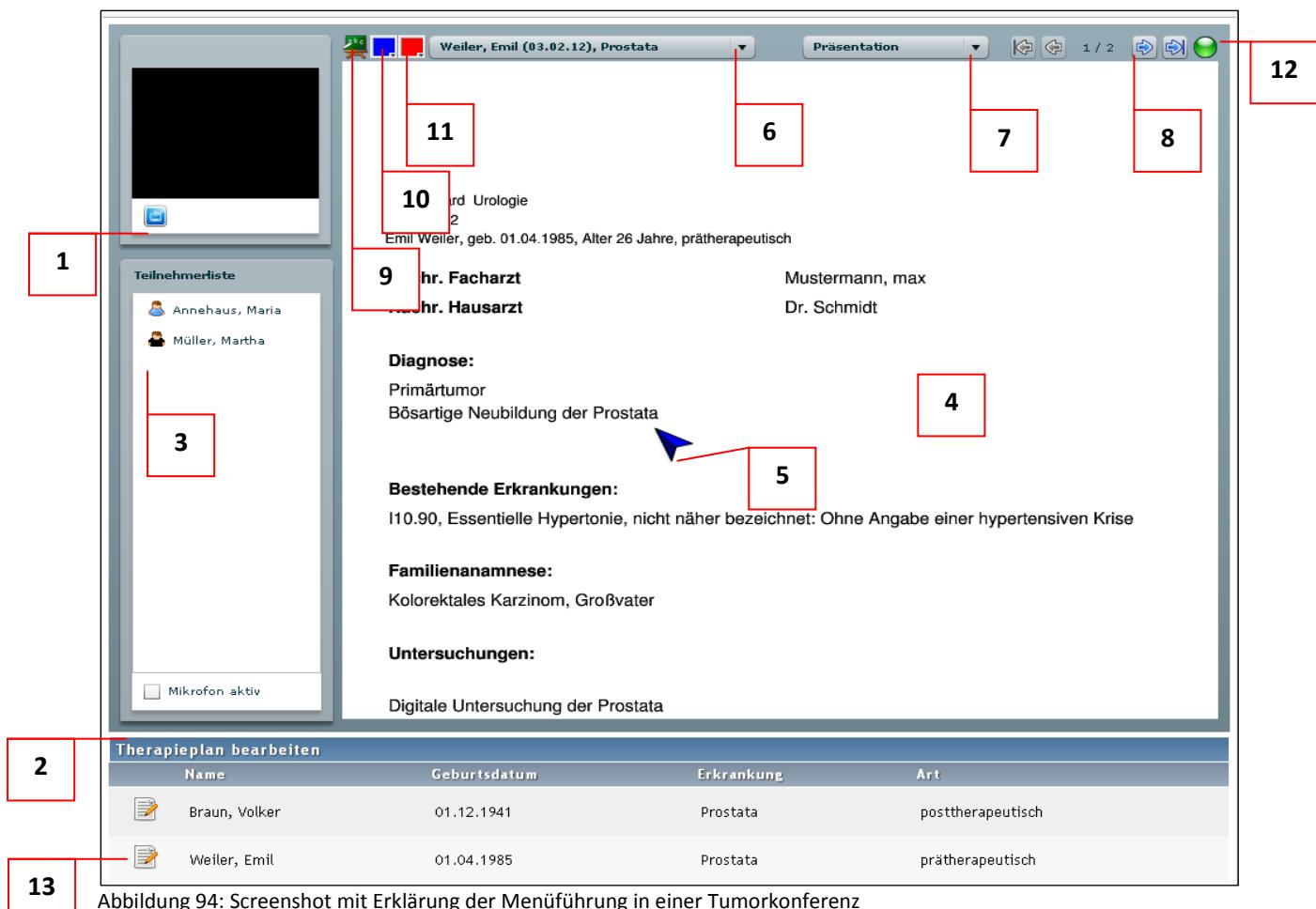


Abbildung 94: Screenshot mit Erklärung der Menüführung in einer Tumorkonferenz

1. Übertragung ihres Videobildes einschalten bzw. ausschalten. Bewährt hat sich die Variante, dass sich die Person, die gerade spricht, in das Video-Fenster einwählt. Dazu muss der Betreffende sein Videobild einschalten und nach seinem Beitrag wieder ausschalten. Voraussetzung ist eine installierte Webcam.
2. Am Computer installiertes Mikrofon ein- bzw. ausschalten.
3. Liste der Kollegen, die gerade an dieser Konferenz teilnehmen (schwarzes Icon = Moderator, blaues Icon = Teilnehmer).
4. ausgewähltes Protokoll oder ausgewählte Präsentation; lässt sich hoch und runter schieben
5. Cursor, den Sie bewegen können um auf einen Punkt aufmerksam zu machen. (Bitte beachten Sie, dass auch alle anderen Teilnehmer diesen Cursor bewegen können.)
6. Auswahl/Wechsel zum Protokoll eines anderen Patienten oder einem freien Dokument, dass keinem Patienten zugeordnet ist.
7. Auswahl/Wechsel zwischen dem Protokoll des unter (6) ausgewählten Patienten und seinen zugeordneten Dokumenten.
8. Blättern der Seiten des aktuellen Protokolls/Dokumentes
9. Moderationstools: Auswahl zwischen dem Cursor, Strichen, verbundenen Strichen, Flächen, Kreisen und Punkten.
10. Farbe des Cursors und der unter (9) ausgewählten Zeichentools
11. Farbe der bereits gezeichneten Linien/Punkte, wenn Sie anschließend mit Ihrer Maus über die Zeichen fahren.  
(Bei Wechsel zu einem anderen Dokument bleiben die Zeichnungen vorhanden.)

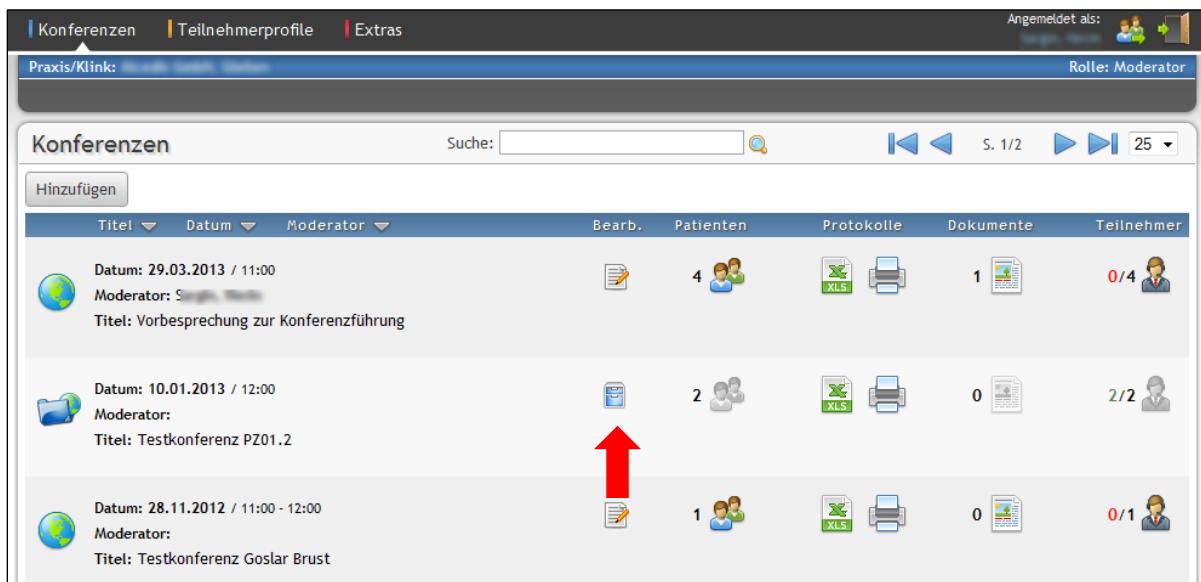
12. Status der Internetverbindung (grün = gute Verbindung; gelb = mittlere Verbindung; rot = keine Verbindung)
13. Aufrufen des Therapieplans zum jeweiligen Patienten um die Therapieentscheidung zu dokumentieren. Diese wird nach Abspeichern direkt auf die letzte Seite des Protokolls übertragen und kann dann von allen Teilnehmern noch einmal angesehen und vom Moderator bei Bedarf korrigiert werden.

#### **8.5.1.7 Konferenz abschließen**

Da Therapiepläne bindend sind und ein Qualitätsmerkmal darstellen, sollen die Beschlüsse der Konferenzen nachträglich nicht mehr geändert werden. Durch das Abschließen der Konferenz sind die Konferenzdaten und die Therapiepläne nicht mehr veränderbar.

Nach Beendigung der Konferenz bestätigen Sie bitte wie in Kapitel 8.5.1.5 beschrieben die Teilnahme der Konferenzteilnehmer und kontrollieren, ob alle Therapiepläne korrekt dokumentiert sind.

Anschließend kann über den Bearbeiten Button die Konferenz „abgeschlossen“ werden. Damit ist die Konferenz archiviert und kann nicht mehr verändert werden! Ein nachträgliches Öffnen der Konferenz ist nur über den Supervisor möglich (Kapitel 3.1.4). Nachdem die Konferenz abgeschlossen wurde, ändert sich auch die Ansicht der Konferenz in der Liste der Konferenzen. Das Weltkugelsymbol wird kleiner und die Symbole zur Bearbeitung der Konferenz, der Patienten, der Dokumente und der Teilnehmer werden nicht mehr angezeigt. Wählen Sie das veränderte Weltkugelsymbol an erhalten Sie eine Übersicht mit den Epikrisen der Patienten, den gezeigten Dokumenten und den bestätigten Teilnehmern der Konferenz. Eine abgeschlossene Konferenz ist unter dem Punkt „bearbeiten“ mit diesem Symbol  zu erkennen:



Konferenzen		Suche: <input type="text"/>		S. 1/2			25
<a href="#">Hinzufügen</a>							
			Bearb.	Patienten	Protokolle	Dokumente	Teilnehmer
	Datum: 29.03.2013 / 11:00 Moderator: S. Titel: Vorbesprechung zur Konferenzführung			4		1	0/4
	Datum: 10.01.2013 / 12:00 Moderator: Titel: Testkonferenz PZ01.2			2		0	2/2
	Datum: 28.11.2012 / 11:00 - 12:00 Moderator: Titel: Testkonferenz Goslar Brust			1		0	0/1

Abbildung 95: Screenshot mit abgeschlossener Musterkonferenz

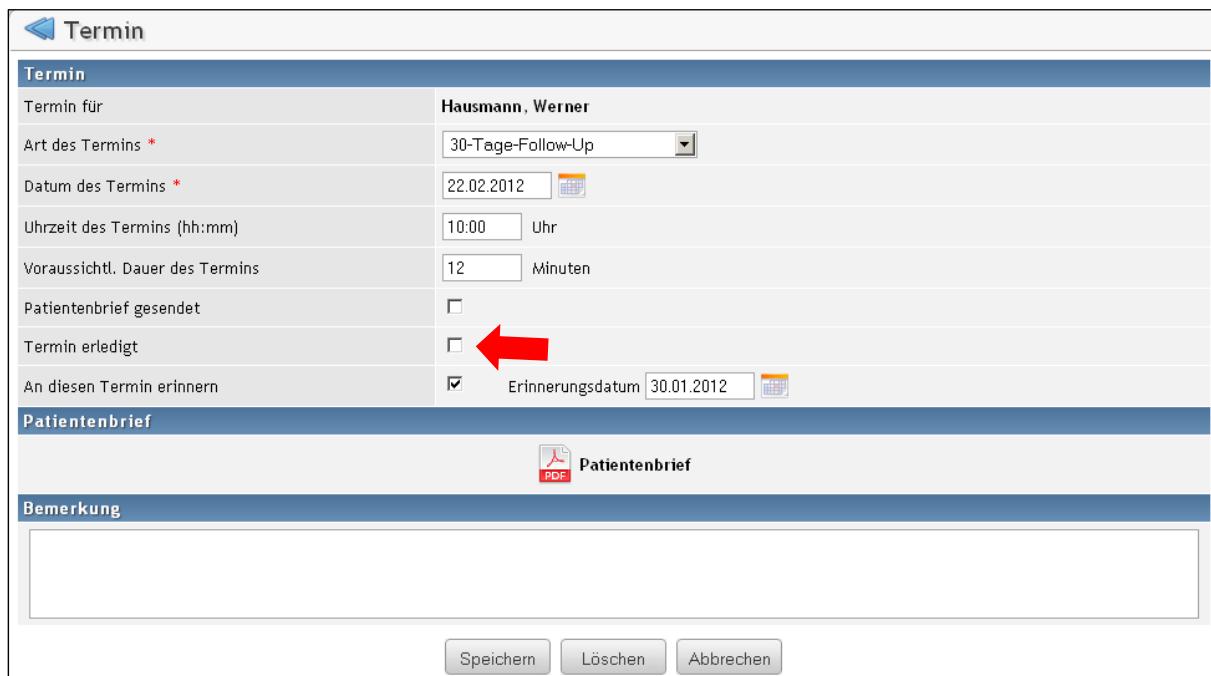
#### **8.5.2 Abgeschlossene Konferenz nachbereiten**

Die Nachbearbeitung einer abgeschlossenen Konferenz sollte eine Ausnahme sein. Der Supervisor kann die Konferenz noch einmal öffnen (vgl. Kapitel 3.1.4). Anschließend sind Änderungen jeder Art möglich.

## 9 Termine

Die Termine können zum Beispiel von dem Dokumentar geführt werden. Sie können mit der Terminverwaltung Termine (Tages-, Wochen-, Monatsplanung) planen, verfolgen und die Patienten mittels automatisch generierten Erinnerungsbriefs an diese Termine erinnern.

Öffnen Sie die Terminverwaltung, sehen Sie zunächst eine Liste von Patiententerminen, an die Sie erinnert werden wollten. Die Erinnerung setzt mit dem Erinnerungsdatum ein und bleibt so lange bestehen, bis der Termin erledigt ist. Ist ein Termin abgearbeitet, setzen Sie bitte das Häkchen „erledigt“, damit der Termin aus der Erinnerungsliste in die allgemeine Terminliste verschoben wird.



The screenshot shows the 'Termin' (Appointment) form. It includes fields for appointment details like date, time, and duration, and checkboxes for sending a patient letter and marking the appointment as completed ('Termin erledigt'). A red arrow points to the 'Termin erledigt' checkbox. Below the form is a note about sending a patient letter and a 'Bemerkung' (comment) section.

Termin	
Termin für	Hausmann, Werner
Art des Termins *	30-Tage-Follow-Up
Datum des Termins *	22.02.2012
Uhrzeit des Termins (hh:mm)	10:00 Uhr
Voraussichtl. Dauer des Termins	12 Minuten
Patientenbrief gesendet	<input type="checkbox"/>
Termin erledigt	<input checked="" type="checkbox"/> 
An diesen Termin erinnern	<input checked="" type="checkbox"/> Erinnerungsdatum 30.01.2012
Patientenbrief	
 <a href="#">Patientenbrief</a>	
Bemerkung	
<div style="border: 1px solid #ccc; height: 50px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: right;"> <input type="button" value="Speichern"/> <input type="button" value="Löschen"/> <input type="button" value="Abbrechen"/> </div>	

Abbildung 96: Screenshot von dem Formular „Termin“

In die allgemeine Übersichtsliste gelangen Sie über den Button „alle Termine“



The screenshot shows the 'Terminerinnerungen' (Appointment Reminders) overview table. It lists appointments with columns for date, name, patient number, time, duration, appointment type, and whether a letter was sent. A red arrow points to the 'Alle Termine' button at the top right of the table header.

Terminerinnerungen						
Druck der Patientenbriefe					Suche:	S. 1/1
von	bis	Patientenbriefe Anzeigen			Alle Termine	25
Datum	Name	Pat.-Nr.	Uhrzeit/Dauer	Terminart	gesendet	
22.02.2012	Hausmann, Werner	23412346	10:00 Uhr 12 min.	30-Tage-Follow-Up	nein	
16.12.2011	Weiler, Emil	625608	12:40 Uhr 12 min.	Staginguntersuchung	nein	
25.05.2011	Freakiger, Gyn-Patient	15289453		Chemotherapie	ja	

Abbildung 97: Screenshot zur Terminerinnerung

Wenn Sie Ihre Patienten an Termine erinnern möchten, haben Sie die Möglichkeit Terminerinnerungen als Brief zu generieren. Sie können über den Massendruck mehrere Briefe gleichzeitig schreiben, Briefe eines bestimmten Zeitraums generieren oder innerhalb des Terminformulars pro Patient einzelne Briefe abrufen. Einen Beispielbrief finden Sie im Anhang unter Kapitel 17.

Wenn Sie im Menüfeld „Termine“ sind, erhalten Sie erstmals eine Auflistung aller Patienten, auf die Termine angelegt sind. Sie können unter der Menüführung „Druck der Patientenbriefe“ (1) einen Zeitrahmen (2) setzen (von... bis...), um jeweils von den Patientenbriefen einen pdf- Ausdruck „Patientenbriefe Anzeigen“ (3) zu erstellen. In diesem pdf-Dokument sind dann auch alle Briefe hintereinander aufgelistet, so dass sie nicht jeden Brief einzeln auswählen und ausdrucken müssen. Sie können auch entscheiden ob Sie alle Termine (4) angezeigt haben möchten, oder nur die Terminerinnerungen (5: nur die Patienten mit Terminerinnerungen). Hilfreich für Sie als Anwender ist zu beachten, dass in Terminerinnerungen nur die Termine angezeigt werden, dessen Erinnerungen gleich oder kleiner als das heutige Datum sind.

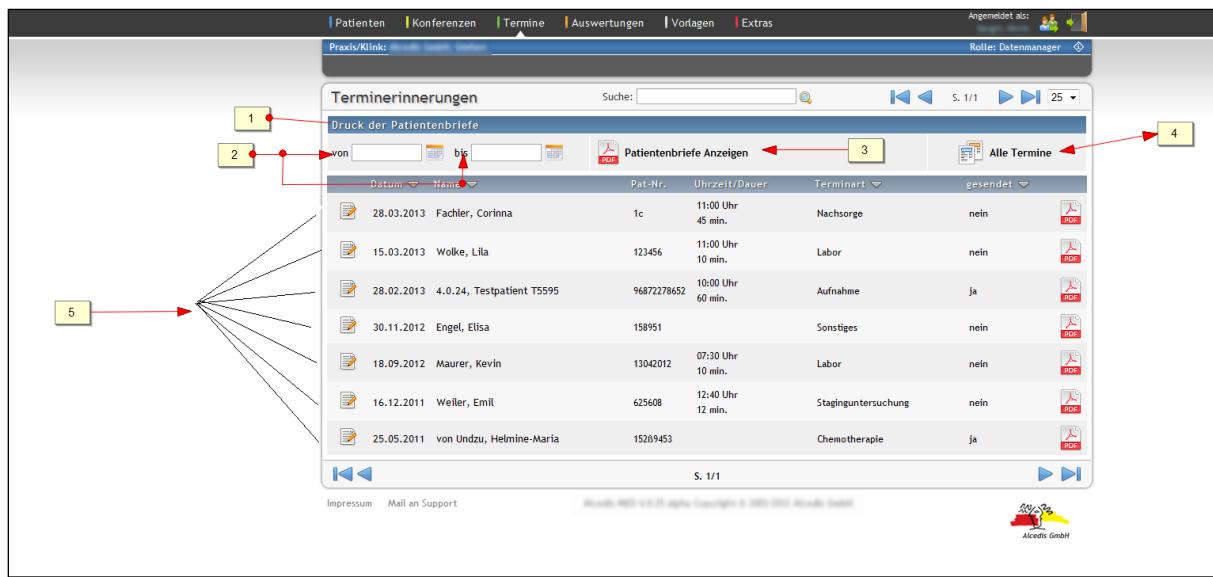


Abbildung 98: Screenshot zur Menüführung für Terminerinnerung

## **10 Auswertungen**

Für die Zertifizierung relevante Anforderungen wie z.B. die Kennzahlenbögen und die Matrix Ergebnisqualität finden Sie unter diesem Menüpunkt.

Alle ausgewählten Reporte öffnen sich immer in einem separaten Dokument. Je nach ausgewählter Auswertung öffnet sich ein Excel-, Word- oder PDF-Dokument. Diese Dateien können Sie bearbeiten und/oder abspeichern. Bitte beachten Sie aber, dass Bearbeitungen in diesen Dokumenten keine Veränderungen in der Anwendung oder der Datenbank bedeuten.

Nach Auswahl des Menüpunktes „Auswertung“ erhalten Sie zunächst eine Übersicht. Sie können alle Erkrankungen auswerten, zu denen Sie ein Recht besitzen. Bitte wählen Sie die Erkrankung an, zu der Sie eine Auswertung öffnen möchten.



The screenshot shows a software window titled 'Praxis/Klinik'. In the top right corner, it says 'Rolle: Datenmanager'. Below the title bar, there's a dark grey header with the word 'Auswertungen' in white. Underneath this, a blue header bar displays 'Brust (Version F1 vom 20.08.2012)'. A red arrow points to this blue bar. Below the blue bar is a list of items, each preceded by a small grey triangle icon:

- Darm (Version D1 vom 21.08.2012)
- gynäkologischer Tumor (Version C1 vom 20.08.2012)
- Haut (Version E1 vom 24.07.2012)
- Lunge (Version D1 vom 20.07.2012)
- Onkologisches Zentrum (Version E1 vom 18.03.2012)
- Pankreas (Version D1 vom 21.08.2012)
- Prostata (Version E4 vom 16.08.2012)
- Eigene Auswertungen

Abbildung 99: Screenshot mit Übersicht der auszuwertenden Erkrankungen

Es klappt eine Liste mit möglichen Auswertungen auf:



The screenshot shows the same software window as Abbildung 99, but now the 'Brust' section is expanded. A red arrow points to the first item in the list. The list contains six items, each with a small icon and a question mark icon on the right:

	BZ01	Brustkrebszentrum: Detailangaben zu den zertifizierungsrelevanten Fällen	
	BZ02	Erhebungsbogen für Brustkrebszentren: Kennzahlenbogen	
	BZ03	Ergänzende Auswertungen zum Erhebungsbogen	
	BZ04	Brustkrebszentrum: OAS und DFS	
	BZ05	Erhebungsbogen für Brustkrebszentren: Matrix-Ergebnisqualität	
	BZ06	Erhebungsbogen für Brustkrebszentren: Kennzahlenuordnung der Patienten	

Below this list, there is a dark grey header bar with the text 'Eigene Auswertungen'. Underneath this, there are three more items:

- Fulda BZ: Therapieplanabweichung Release
- OPS-Codes Primärfälle 2012
- OPS-Codes Primärfälle 2013

Abbildung 100: Screenshot nach Auswahl einer auszuwertenden Erkrankung

Durch erneutes klicken auf die „geöffnete“ Erkrankung klappt **sich** die Liste wieder zu. Wählen Sie eine andere Erkrankung als die geöffnete, schließt sich diese automatisch und die neu angewählte öffnet sich.

## 10.1 \*Z01 Detailangaben zu den zertifizierungsrelevanten Fällen

Die \*Z01 Auswertung ist eine Excel Tabelle, die relevante Daten jedes Patienten darstellt. Mit Hilfe der Sortier- und Filterfunktion von Excel können Sie in dieser Tabelle den ausgegeben Kennzahlenbogen überprüfen und nachvollziehen.

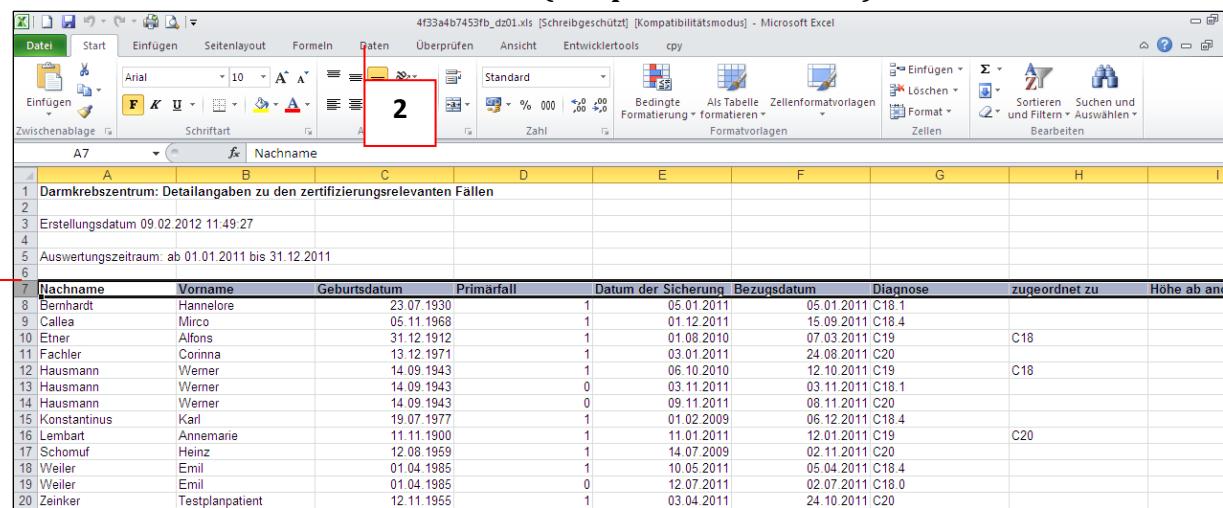
Bevor Sie die Auswertung öffnen, können Sie über einen Datumsfilter einen Zeitraum auswählen, für den Sie sich die Daten anzeigen lassen möchten.

Das Datum bezieht sich auf das Bezugsdatum des jeweiligen Patienten.

Geben Sie in diese Datumsfelder kein Datum ein werden alle vorhandenen Daten angezeigt. Wird nur ein Datum in das Beginn Feld eingetragen, werden alle Daten ab diesem Zeitraum ausgewertet, geben Sie nur in das Enddatum ein Datum ein, werden alle Datensätze bis zu diesem Zeitraum ausgewertet.

Aus welchen Formularen und welchen Feldern wir die Auswertungsfelder zusammenstellen, können Sie den jeweiligen Hilfetexten (vgl. Kapitel 10.8) entnehmen.

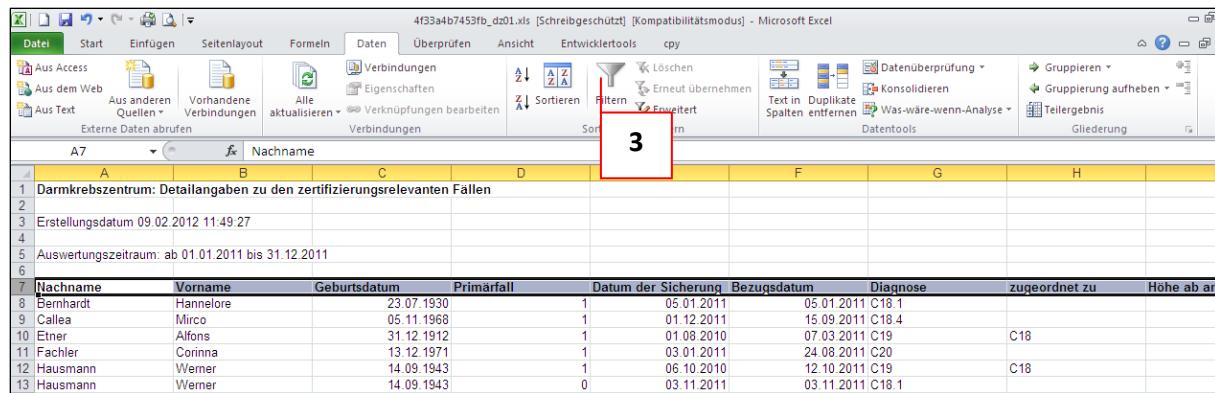
### 10.1.1 Setzen eines Autofilters in Excel (Beispiel für Excel 2010)



Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Primärfall	Datum der Sicherung	Bezugsdatum	Diagnose	zugeordnet zu	Höhe ab and
Bernhardt	Hannelore	23.07.1930	1	05.01.2011	05.01.2011	C18.1		
Callea	Mirco	05.11.1968	1	01.12.2011	15.09.2011	C18.4		
Etner	Alfons	31.12.1912	1	01.08.2010	07.03.2011	C19		
Fachler	Corinna	13.12.1971	1	03.01.2011	24.08.2011	C20		
Hausmann	Werner	14.09.1943	1	06.10.2010	12.10.2011	C19		
Hausmann	Werner	14.09.1943	0	03.11.2011	03.11.2011	C18.1		
Hausmann	Werner	14.09.1943	0	09.11.2011	08.11.2011	C20		
Konstantinus	Karl	19.07.1977	1	01.02.2009	06.12.2011	C18.4		
Lembart	Annemarie	11.11.1900	1	11.01.2011	12.01.2011	C19		
Schomuf	Heinz	12.08.1959	1	14.07.2009	02.11.2011	C20		
Weiler	Emil	01.04.1985	1	10.05.2011	05.04.2011	C18.4		
Weiler	Emil	01.04.1985	0	12.07.2011	02.07.2011	C18.0		
Zeinker	Testplanpatient	12.11.1955	1	03.04.2011	24.10.2011	C20		

Abbildung 101: Screenshot zur Anwendungserklärung der Exceltabellen Teil 1

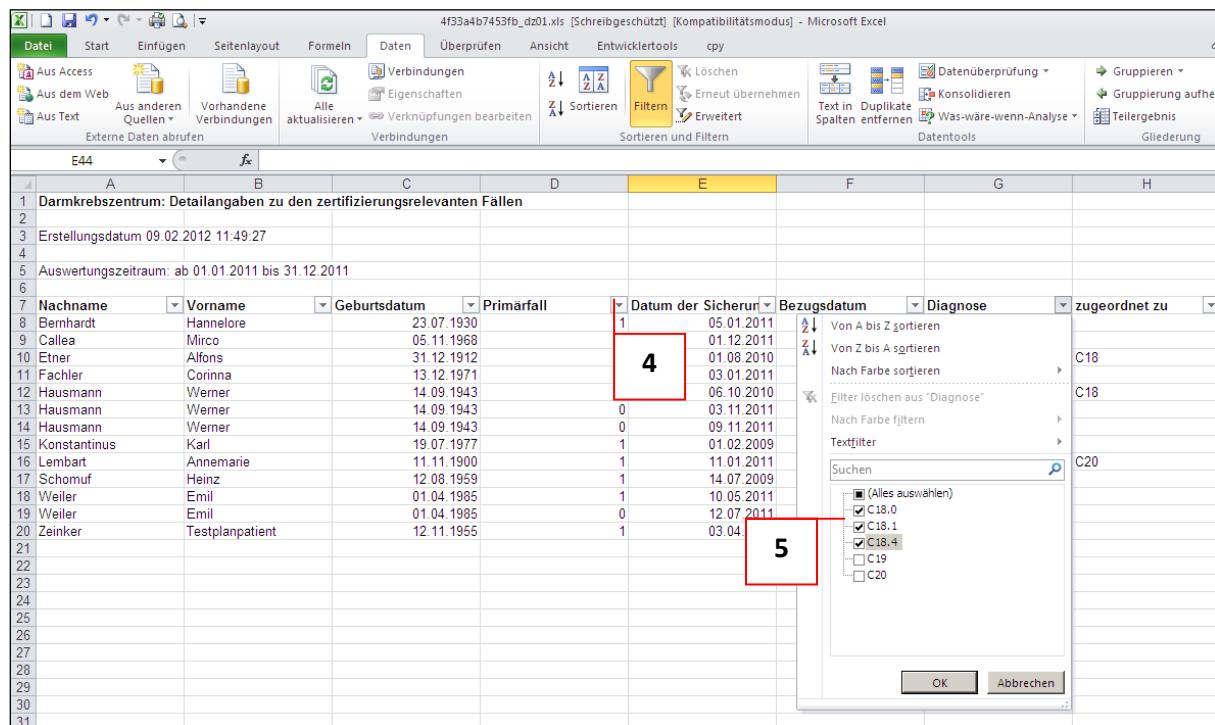
1. Markieren Sie die gesamte Überschriftenzeile.
2. Anschließend wählen Sie „Daten“
3. und klicken dort auf „Filtern“



Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Primärfall	Datum der Sicherung	Bezugstdatum	Diagnose	zugeordnet zu	Höhe ab an
Bernhardt	Hannelore	23.07.1930	1	05.01.2011	05.01.2011	C18.1		
Callea	Mirco	05.11.1968	1	01.12.2011	15.09.2011	C18.4		
Etner	Alfons	31.12.1912	1	01.08.2010	07.03.2011	C19	C18	
Fachler	Corinna	13.12.1971	1	03.01.2011	24.08.2011	C20		
Hausmann	Werner	14.09.1943	1	06.10.2010	12.10.2011	C19	C18	
Hausmann	Werner	14.09.1943	0	03.11.2011	03.11.2011	C18.1		

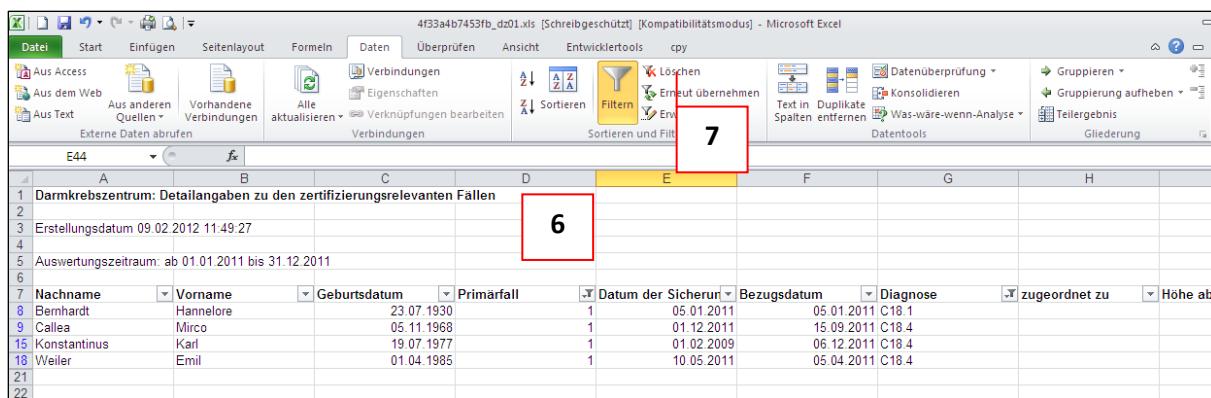
Abbildung 102: Screenshot von Excel zur Anwendungserklärung Teil 2

4. Hinter jeder Spaltenüberschrift wird ein kleines Dreieck gesetzt, das Sie anwählen können. Es öffnet sich nun ein Untermenü.
5. In diesem Untermenü können Sie anwählen, welche genauen Daten Sie aus der entsprechenden Spalte anzeigen lassen möchten- indem Sie die entsprechenden Häkchen setzen oder nicht setzen und anschließend mit „ok“ bestätigen.
6. Es können beliebig viele Filter gleichzeitig eingesetzt werden. In diesem Beispiel werden jetzt nur noch Patienten angezeigt, deren Diagnose mit C18\* beginnt und die Primärfälle sind.
7. Über Filter „„Löschen““ setzen Sie die Tabelle auf „Null“ zurück: kein Filter ist mehr aktiv.



Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Primärfall	Datum der Sicherung	Bezugstdatum	Diagnose	zugeordnet zu
Bernhardt	Hannelore	23.07.1930	1	05.01.2011	05.01.2011	C18.1	
Callea	Mirco	05.11.1968	1	01.12.2011	15.09.2011	C18.4	
Etner	Alfons	31.12.1912	1	01.08.2010	07.03.2011	C19	C18
Fachler	Corinna	13.12.1971	1	03.01.2011	24.08.2011	C20	
Hausmann	Werner	14.09.1943	1	06.10.2010	12.10.2011	C19	C18
Hausmann	Werner	14.09.1943	0	03.11.2011	03.11.2011	C18.1	
Konstantinus	Karl	19.07.1977	1	01.02.2009			
Lembart	Annemarie	11.11.1900	1	11.01.2011			
Schomuf	Heinz	12.08.1959	1	14.07.2009			
Weiler	Emil	01.04.1985	1	10.05.2011			
Weiler	Emil	01.04.1985	0	12.07.2011			
Zeinker	Testplanpatient	12.11.1955	1	03.04.2012			

Abbildung 101: Screenshot von Excel zur Anwendungserklärung Teil 3



4f33a4b7453fb_dz01.xls [Schreibgeschützt] [Kompatibilitätsmodus] - Microsoft Excel										
Datei	Start	Einfügen	Seitenlayout	Formeln	Daten	Überprüfen	Ansicht	Entwickertools	Copy	
Aus Access	Aus dem Web	Aus anderen Quellen	Vorhandene Verbindungen	Quellen	Verbindungen	Eigenschaften	Sortieren	Löschen	Erneut übernehmen	
Aus Text	Aus dem Web	Quellen	Vorhandene Verbindungen	All aktualisieren	Verknüpfungen bearbeiten	Sortieren	Filtern	Erneut übernehmen	Text in Duplikate	Gruppieren
Externe Daten abrufen	Quellen			Verbindungen	Sortieren und Filtern	Sortieren	Filtern	Erneut übernehmen	Spalten entfernen	Gruppierung aufheben
									Konsolidieren	Was-wäre-wenn-Analyse
									Datenüberprüfung	Teilergebnis
									Was-wäre-wenn-Analyse	Gliederung

E44      f

1 Darmkrebszentrum: Detailangaben zu den zertifizierungsrelevanten Fällen  
2  
3 Erstellungsdatum 09.02.2012 11:49:27  
4  
5 Auswertungszeitraum: ab 01.01.2011 bis 31.12.2011  
6  
7 Nachname Vorname Geburtsdatum Primärfall Datum der Sicherung Bezugsdatum Diagnose zugeordnet zu Höhe ab  
8 Bernhardt Hannelore 23.07.1930 1 05.01.2011 05.01.2011 C18.1  
9 Callea Mirco 05.11.1968 1 01.12.2011 15.09.2011 C18.4  
15 Konstantinus Karl 19.07.1977 1 01.02.2009 06.12.2011 C18.4  
18 Weiler Emil 01.04.1985 1 10.05.2011 05.04.2011 C18.4  
21  
22

Abbildung 102: Screenshot von Excel zur Anwendungserklärung Teil 4

## 10.2 \*Z02 Kennzahlenbogen

Die \*Z02 gibt Ihnen den jeweils gültigen Kennzahlenbogen aus. Der Kennzahlenbogen bezieht sich immer auf ein Kalenderjahr. Bei Unstimmigkeiten zwischen Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen und ggf. Auslegungshinweisen wurden jeweils Absprachen mit OnkoZert getroffen, welche Aussage Gültigkeit besitzt. Wie sich die Kennzahlen genau zusammensetzen, können Sie in den jeweiligen Hilfetexten zu den Auswertungen ablesen (vgl. Kapitel 10.8).

## 10.3 \*Z03 ergänzende Auswertungen

In der \*Z03 finden Sie zusätzliche Auswertungen, die sich neben dem Kennzahlenbogen aus dem Erhebungsbogen ableiten lassen. Bitte beachten Sie, dass sich nicht alle Anforderungen aus dem Erhebungsbogen in Alcedis MED auswerten lassen. Dies betrifft vor allem Punkte wie zum Beispiel Wartezeiten in den Sprechstunden.

## 10.4 \*Z04 Nachsorge

Die \*Z04 enthält die im Erhebungsbogen geforderten Kaplan Meier Diagramme, die sich aus den Nachsorgedaten ableiten lassen. Daten, die für diese Auswertung herangezogen werden, sind u.a. Todesdatum, Nachsorgedatum und Rezidivdatum.

## 10.5 \*Z05 Matrix Ergebnisqualität

Die \*Z05 bildet die Matrix Ergebnisqualität ab, die als Anlage zum Erhebungsbogen gehört. Bitte beachten Sie, dass vorgegebene Fußnoten die Zahlen so beeinflussen können, dass sie nicht unbedingt mit den Zahlen im Kennzahlenbogen vergleichbar sind. Für einige Erkrankungen ist die Abgabe der Matrix Ergebnisqualität nicht zwingend gefordert. Die Zusammensetzung der Auswertungen können im Hilfetext zur Auswertung ablesen (vgl. Kapitel 10.8).

## 10.6 \*Z06 Kennzahlenzuordnung

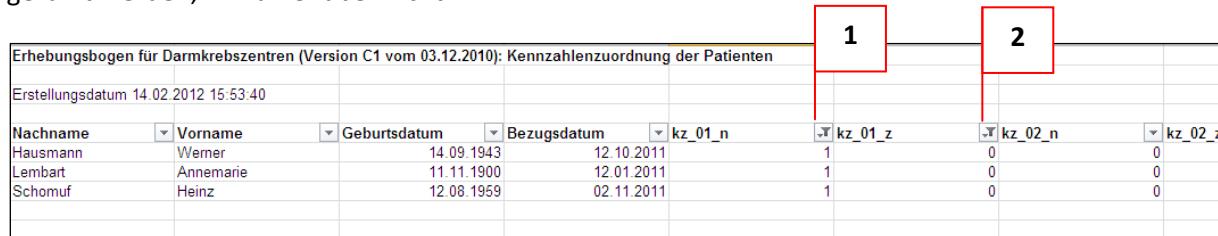
Die \*Z06 ist neben der \*Z01 eine weitere Hilfestellung um den Kennzahlenbogen nachzuvollziehen. Hier finden Sie eine Excel Tabelle, die Ihnen pro Patient angibt, ob dieser für den Nenner und/oder Zähler der jeweiligen Kennzahl mitgezählt wird oder nicht. 1 entspricht dabei der Angabe „ja“, 0 entspricht der Angabe „nein“. Die Spaltenüberschriften sind immer gleich aufgebaut:

- kz = Kennzahl
- \_Zahl\_ = Kennzahlnummer
- n= Nenner
- z= Zähler

Auch hier können Sie mit Hilfe des Autofilters von Excel schnell und einfach die einzelnen Patienten in den einzelnen Kennzahlen überprüfen. Möchten Sie zum Beispiel die Namen der Patienten wissen, die für eine Abweichung zwischen Zähler und Nenner verantwortlich sind, können Sie folgendermaßen vorgehen:

Aktivieren Sie den Autofilter (vgl. Kapitel 10.1.1)

Filtern Sie zunächst den Nenner (1) der gewünschten Kennzahl auf „1“ und dann den Zähler (2) der gewünschten Kennzahl auf „0“. Dann bleiben Ihnen die Patientennamen stehen, die im Nenner gezählt werden, im Zähler aber nicht.



Erhebungsbogen für Darmkrebszentren (Version C1 vom 03.12.2010); Kennzahlenzuordnung der Patienten							
Erstellungsdatum 14.02.2012 15:53:40							
Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Bezugsdatum	kz_01_n	kz_01_z	kz_02_n	kz_02_z
Hausmann	Werner	14.09.1943	12.10.2011	1	0	0	0
Lembart	Annemarie	11.11.1900	12.01.2011	1	0	0	0
Schomuf	Heinz	12.08.1959	02.11.2011	1	0	0	0

Abbildung 103: Screenshot von Excel zur erneuten Anwendungserklärung

Reicht Ihnen der Name alleine nicht aus, sondern wünschen Sie weitere Informationen weshalb es zu einer Abweichung kam, nutzen Sie bitte die \*Z01, in der alle Details enthalten sind.

Bitte beachten Sie, dass in den \*Z06-Auswertungen ggf. auch Patienten mit einem Bezugsdatum enthalten sein können, welches nicht dem vorher ausgewählten entspricht.

Dies ist korrekt, das es Kennzahlen wie zum Beispiel zur Studienteilnahme gibt, bei denen das Datum der Teilnahme entscheidend ist und nicht das des Primärfalles. (Bsp.: Patient ist Primärfall 2011, hat Studienteilnahme in 2012)

## 10.7 \*Z07 Basisdaten

Die Auswertung zu den Basisdaten dient der einfachen Dokumentation des Onkozert Excel-Spreadsheets zur Abgabe der Kennzahlen für die Zertifizierung.

Bitte beachten Sie, dass auf Grund unterschiedlicher Primärfalldefinitionen im Kennzahlenbogen und in den Basisdaten von Onkozert es zu unterschiedlichen Werten kommen kann. Sollten also Primärfälle des Kennzahlenbogens nicht in eine der Kategorien in den Basisdaten eingeordnet werden können, wenden Sie sich diesbezüglich bitte an Onkozert.

## 10.8 Hilfetexte

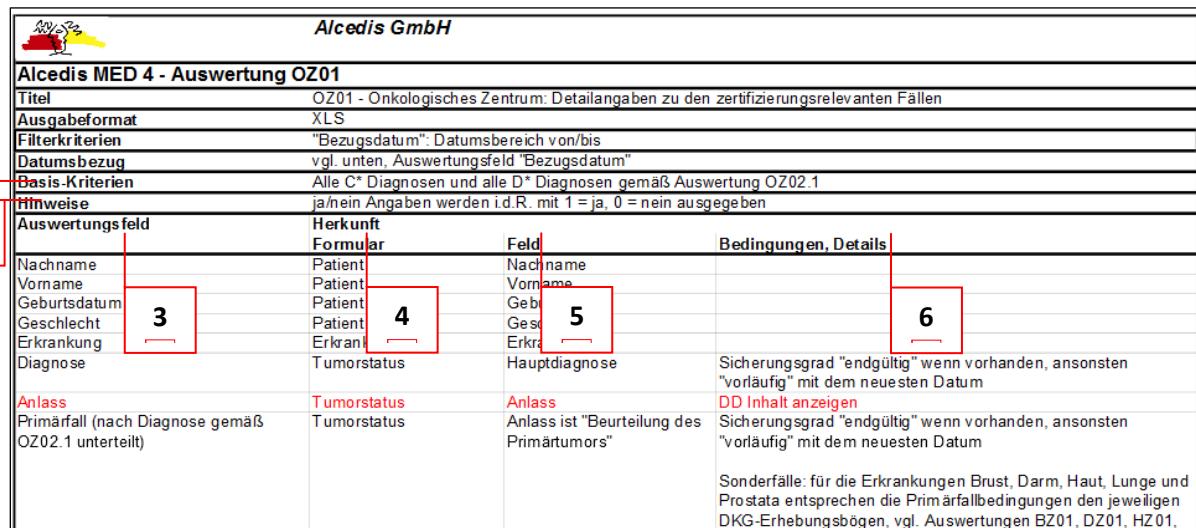
Hinter vielen Auswertungen finden Sie ein blaues Buchsymbol, durch dessen Anwahl sich der jeweilige Hilfetext zur Auswertung öffnet. Hilfetexte sind Tabellen, in denen abgelesen werden kann, welche Felder für die Auswertungen aus dem System herangezogen werden oder wie sich die einzelnen Kennzahlen in Alcedis MED zusammensetzen



Abbildung 104: Screenshot für den Hilfetext

### 10.8.1 Aufbau eines Hilfetextes

#### 10.8.1.1 Beispiel \*Z01



Alcedis MED 4 - Auswertung OZ01			
<b>Titel</b>	OZ01 - Onkologisches Zentrum: Detailangaben zu den zertifizierungsrelevanten Fällen		
<b>Ausgabeformat</b>	XLS		
<b>Filterkriterien</b>	"Bezugsdatum": Datumsbereich von/bis		
<b>Datumsbezug</b>	vgl. unten, Auswertungsfeld "Bezugsdatum"		
<b>Basis-Kriterien</b>	Alle C* Diagnosen und alle D* Diagnosen gemäß Auswertung OZ02.1		
<b>Hinweise</b>	ja/nein Angaben werden i.d.R. mit 1 = ja, 0 = nein ausgegeben		
<b>Auswertungsfeld</b>	<b>Herkunft</b>	<b>Feld</b>	<b>Bedingungen, Details</b>
Nachname	Patient	Nachname	
Vorname	Patient	Vorname	
Geburtsdatum	Patient	Geb.	
Geschlecht	Patient	Gesch.	
Erkrankung	Patient	Erkr.	
Diagnose	Tumorstatus	Hauptdiagnose	Sicherungsgrad "endgültig" wenn vorhanden, ansonsten "vorläufig" mit dem neuesten Datum
Anlass	Tumorstatus	Anlass	DD Inhalt anzeigen
Primärfall (nach Diagnose gemäß OZ02.1 unterteilt)	Tumorstatus	Anlass ist "Beurteilung des Primärtumors"	Sicherungsgrad "endgültig" wenn vorhanden, ansonsten "vorläufig" mit dem neuesten Datum
			Sonderfälle: für die Erkrankungen Brust, Darm, Haut, Lunge und Prostata entsprechen die Primärfallbedingungen den jeweiligen DKG-Erhebungsbögen, vgl. Auswertungen BZ01, DZ01, HZ01,

Abbildung 105: Screenshot von einem OZ01-Auswertungsbogen

1. Basis Kriterien: hier finden Sie Angaben, welche Bedingungen ein Patient überhaupt erfüllen muss um in einer Auswertung gezählt zu werden.
2. Der Datumsbezug entscheidet, für welches Jahr der Patient als Fall gezählt wird. Im Feld „Bezugsdatum“ ist dieses Datum ggf. näher spezifiziert.
3. Spalte der auswertungsrelevanten Felder. Die Namen der Felder aus dieser Spalte sind gleich der Spaltennamen aus den Auswertungen \*Z01.
4. Diese Spalte zeigt Ihnen das Formular an in dem das auswertungsrelevante Feld steht.
5. Diese Spalte zeigt Ihnen das Feld an, das für die Auswertung dokumentiert werden muss.
6. Die Spalte gibt Bedingungen und Details zu den entsprechenden Formularen an. Sie definiert z.B. welches Formular verwendet wird, wenn es mehrere gleiche Formulare geben könnte.

### 10.8.1.2 Beispiel \*Z02

Alcedis GmbH		
<b>Alcedis MED 4 - Auswertung DZ02</b>		
<b>Titel</b>	Modul Kolorektal für Darmkrebszentren (Version D1 vom 21.08.2012): Kennzahlenabfrage	
<b>Ausgabeformat</b>	RTF	
<b>Basis-Kriterien</b>	Grundlage sind die Daten aus Auswertung DZ01	
<b>Filterkriterien</b>	"Bezugsjahr (Datum Primär-OP / Histologie)": Dropdown mit a	
<b>Datumsbezug</b>	Datum der Primär-OP, falls nicht vorhanden Datum der frühes	
<b>Hinweise</b>	Für den Zähler gelten implizit alle Kriterien des Nenners	
Kennzahl	Parameter	Felder aus dz01
1 Nenner		Primärfall = 1 "zugeordnet zu" (falls leer: Diagnose) beginnt mit "C19", "C20", "D01.1" oder "D01.2" <b>oder</b> "zugeordnet zu" (falls leer: Diagnose) beginnt mit ("C18" oder "D01.0") und UICC prätherapeutisch beginnt mit "IV" und Datum Primär-OP = 1 Tumorkonf. prätherap. = 1 Primärfall = 0
Zähler z. Nenner (Rez./Met.)	2 ähler 3	4 leer oder elektive Primär-OP = 1 Prätherap. = 1

Abbildung 106: Screenshot von einem DZ02- Auswertungsbogen

1. Basis-Kriterien der Auswertung, in der Regel identisch mit den Basis-Kriterien der \*Z01. Basis-Kriterien sind zum Beispiel die Diagnosen oder die Malignität.
2. In der Spalte „Kennzahl“ sind alle Kennzahlen aus dem Erhebungsbogen zu finden. Pro Kennzahl kann es je nach geforderter Aufteilung mehrere Zeilen geben.
3. Parameter der jeweiligen Kennzahl aus Spalte „2“. Hier finden Sie die Angabe ob in dieser Zeile der Nenner, der Zähler, die Anzahl oder eine Summe definiert ist. Bei Kennzahlen mit Nenner und Zähler gelten immer alle Angaben aus dem Nenner auch für den Zähler.
4. In dieser Spalte finden Sie die Kriterien, die die Kennzahl zusammensetzen. Die hier abgebildeten Kriterien sind alle als Spalten in der Auswertung \*Z01 zu finden und können sich dort filtern lassen.

## 10.9 Eigene Auswertungen

Neben den vorgegebenen oben beschriebenen Auswertungen besteht grundsätzlich die Möglichkeit jedes Feld, mit Ausnahme von Freitextfeldern, auszuwerten. Unter dem Menüpunkt „Vorlagen“ können Sie diese Abfragen selber definieren (vgl. Kapitel 5.11). Für Hilfestellungen wenden Sie sich bitte an den Support. Das Ergebnis wird Ihnen unter dem Menüpunkt „Auswertungen“ in der jeweilig ausgewählten Erkrankung angezeigt. Eigene Auswertungen werden Ihnen meist in Form von Excel Tabellen ausgegeben.

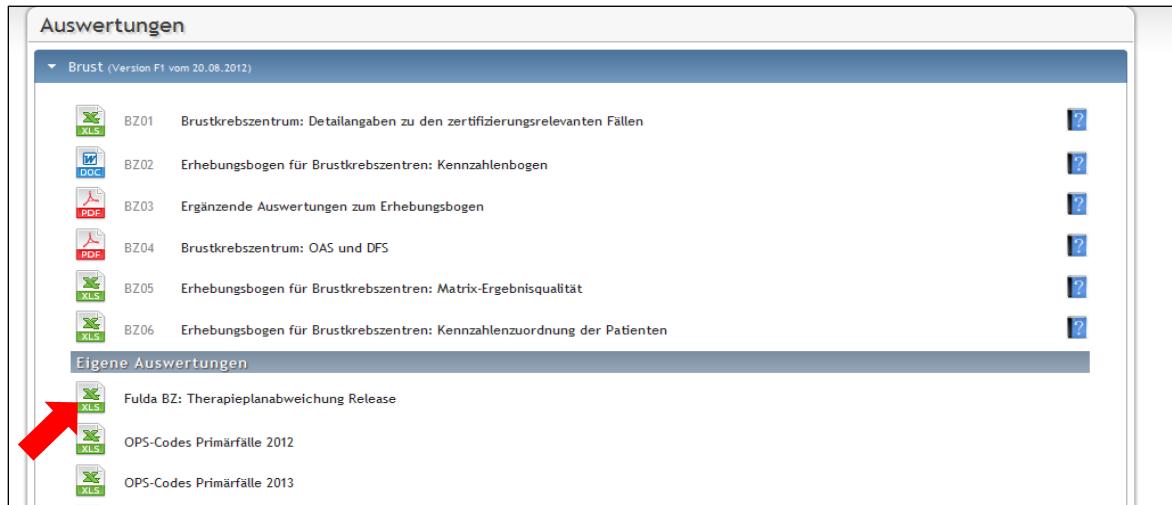


Abbildung 107: Screenshot von Auflistung eigener Auswertungen

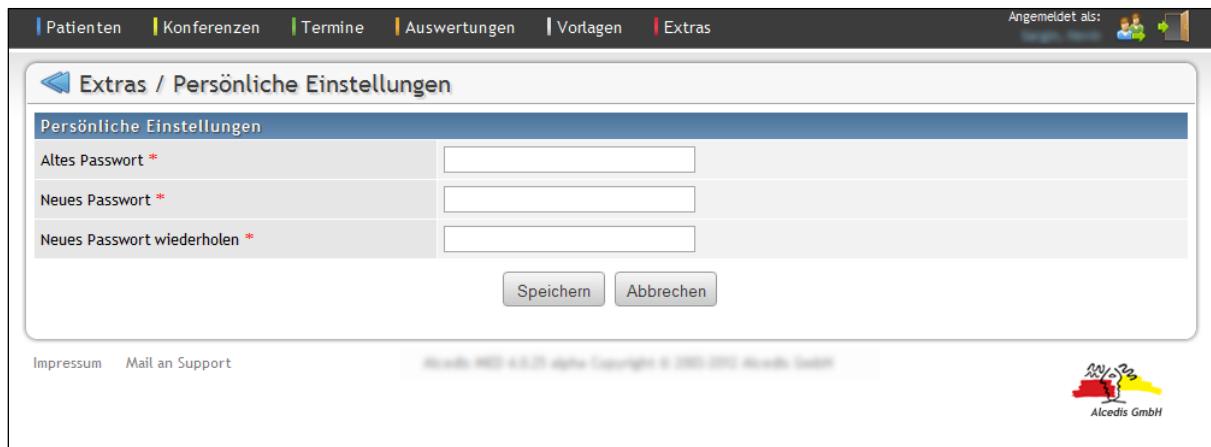
Wünschen Sie die Erstellung eigener Auswertungen durch Alcedis, wenden Sie sich bitte an den Support. Gerne erstellen wir Ihnen ein kundenspezifisches Angebot.

## 11 Extras

Im Bereich „Extras“ können Sie Ihr Passwort ändern, die letzten Release-Notes einsehen und die Daten der einzelnen Formulare als csv-Datei exportieren. Hier finden Sie auch weitere Im-und Exportschnittstellen wie z.B. die Krebsregister.

### 11.1 Passwort ändern

Über den Punkt „persönliche Einstellungen“ können Sie Ihr Passwort ändern.



The screenshot shows a web-based application interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Patienten', 'Konferenzen', 'Termine', 'Auswertungen', 'Vorlagen', and 'Extras'. On the far right of the navigation bar, it says 'Angemeldet als:' followed by a user icon and a log-out link. Below the navigation bar, the main content area has a title 'Extras / Persönliche Einstellungen'. Underneath this, there is a section titled 'Persönliche Einstellungen' containing three input fields: 'Altes Passwort \*', 'Neues Passwort \*', and 'Neues Passwort wiederholen \*'. Each field has a corresponding text input box. Below these fields are two buttons: 'Speichern' (Save) and 'Abbrechen' (Cancel). At the bottom left of the content area, there are links for 'Impressum' and 'Mail an Support'. At the bottom right, there is a small logo for 'Alcedis GmbH' featuring a stylized red and yellow bird-like figure.

Abbildung 108: Screenshot zur Änderung des Passwortes

Das alte Passwort ist das Passwort das Sie abändern möchten. Dies kann Ihr eigenes altes Passwort sein oder ein Passwort, das Sie von einem Supervisor oder Alcedis Mitarbeiter mitgeteilt bekommen haben.

Auch nach Zurücksetzung des Passwortes werden Sie mit diesem Formular aufgefordert Ihr Passwort zu ändern.

### 11.2 Release-Notes

Unter Release-Notes wird ein Infoblatt unsererseits bezeichnet, in der wir Updates, Änderungen und Neuerungen aufzählen. So haben Sie zusammengefasst die wichtigsten Punkte des letzten Updates und Neuerungen und Änderungen sind direkt übersichtlich nachzulesen.

## 11.3 CSV<sup>1</sup>-Datei exportieren

Die Weiterverarbeitung der Patientendaten außerhalb der Anwendung wird durch den CSV Export ermöglicht.

Alle Datentabellen des Systems stehen in Rohdatenform im CSV-Format zur Verfügung. Sie erhalten nur Daten, zu denen Sie auch ein Recht haben. Das heißt zum Beispiel, dass Sie als Benutzer des Darmzentrums auch nur Daten für Patienten des Darmzentrums erhalten.

Hierbei werden für jedes Formular der Anwendung separate Tabellen zur Verfügung gestellt, die mit zahlreichen Tabellenkalkulations- und Datenbanksystemen weiterverarbeitet werden können, beispielsweise Microsoft Excel oder Microsoft Access.

Bitte beachten Sie bei diesen CSV-Tabellen, dass die Angaben in den gefüllten Feldern teilweise codiert sind, d.h. die Bedeutung über so genannte Referenztabellen erschlossen werden muss. Dies trifft insbesondere auf Datenfelder zu, die in der Anwendung als Drop Down Menü erscheinen. Die Referenztabellen finden Sie ebenfalls im CSV-Export; diese beginnen mit „I\_“, also beispielsweise „I\_basic“.

---

\*1: Dateien mit der Endung .csv (comma-separated value) sind spezielle Dateiformate für das Ausfüllen von Tabellen

## 11.4 Krebsregister Export

Hier steht Ihnen der Export sowohl zu epidemiologischen als auch zu klinischen Krebsregistern zur Verfügung. In Ihrer Klinik sind bundeslandabhängig die entsprechenden Register verfügbar.

Exportiert werden nur Patienten bzw. Erkrankungen, bei denen ein Formular KR Meldung in der Patientendokumentation ausgefüllt wurde .

Folgende Krebsregister stehen Ihnen zur Verfügung:

- GEKID  
Der Export erfolgt entsprechend dem GEKID-Mindestdatensatz Version 1.06.
- KR Baden-Württemberg  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung des KRBW vom 01.10.2011 Version 2.1.
- GKR  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung des GKR Version 6.1 vom 09.09.2008.
- ONkeyLINE  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung Version 1.0.
- EKR Hessen  
Der Export beinhaltet den GEKID-Datensatz
- EKR Rheinland-Pfalz  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung Version 2.8.2

### 11.4.1 Basiskriterien für den Krebsregisterexport

Damit ein Patient gemeldet wird, muss

- (1) der Patient angelegt sein
- (2) eine Erkrankung angelegt sein
- (3) mindestens ein Formular „Meldung KR“ in dieser Erkrankung ausgefüllt sein
- (4) das Datum des KR- Formulars im Exportzeitraum liegen
- (5) mindestens ein Formular „Tumorstatus“ ausgefüllt sein.

## 11.5 Weitere Exporte

- DMP-Export  
Der Export erfolgt entsprechend der aktuell gültigen Schnittstellen- und Verfahrensbeschreibung wie im "Gesamtpaket DMP Brustkrebs" Version 2.10 beschrieben.
- QS-MED  
Datenexport erfolgt über Version 2013.
- WBC  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung des WBC Version 2012.
- WDC  
Der Export erfolgt entsprechend der Schnittstellenbeschreibung des WDC 2011.

## **12 DMP Meldung (Disease Management Programm) alt**

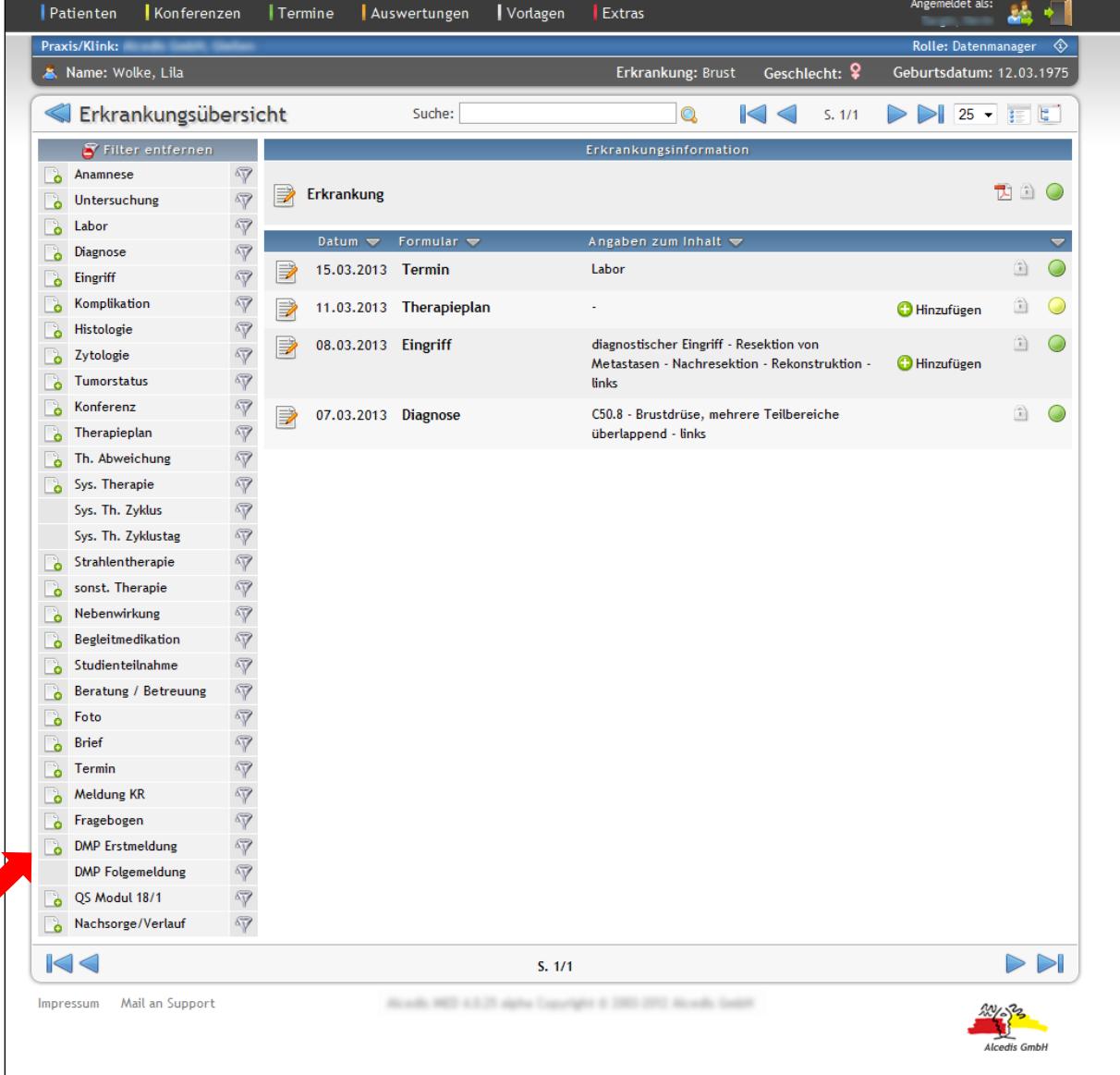
**Folgende Beschreibung gilt für alle DMP-Formulare mit Dokumentationsdatum bis einschließlich 30.06.2013. Für alle Formulare mit Dokumentationsdatum ab einschließlich 01.07.2013 gilt die Anleitung zum DMP Export 2013, welche in der Anwendung hinterlegt ist (blaues Fragezeichen).**

Um mit Alcedis MED die Daten für DMP Brustkrebs verwalten bzw. exportieren zu können, müssen in Ihrem System einige Einstellungen vorgenommen werden.

Insbesondere müssen Ihre Adressangaben einschließlich Telefonnummer vollständig eingetragen sein, sowie Ihre IK-Nr. und diejenige der Datenannahmestelle, an die Sie die DMP-Daten übermitteln. Es besteht auch die Möglichkeit, den meldenden Arzt vorzublenden. Bei diesbezüglichen Rückfragen wenden Sie sich bitte an unseren Support.

### **12.1 Das DMP Formular dokumentieren**

Um ein DMP Formular zu dokumentieren, müssen Sie dies erst einmal aufrufen:



The screenshot shows the Alcedis MED software interface. At the top, there is a navigation bar with links for Patienten, Konferenzen, Termine, Auswertungen, Vorlagen, and Extras. On the right of the navigation bar, it says "Angemeldet als: Datenmanager" and "Rolle: Datenmanager". Below the navigation bar, the user information shows "Name: Wolke, Lila", "Erkrankung: Brust", "Geschlecht: ♀", and "Geburtsdatum: 12.03.1975". The main area is titled "Erkrankungsübersicht" and contains a search bar and various navigation icons. To the left is a sidebar with a tree view of medical documents, including Anamnese, Untersuchung, Labor, Diagnose, Eingriff, Komplikation, Histologie, Zytologie, Tumorstatus, Konferenz, Therapieplan, Th. Abweichung, Sys. Therapie, Sys. Th. Zyklus, Sys. Th. Zyklustag, Strahlentherapie, sonst. Therapie, Nebenwirkung, Begleitmedikation, Studienteilnahme, Beratung / Betreuung, Foto, Brief, Termin, Meldung KR, Fragebogen, DMP Erstmeldung, DMP Folgemeldung, QS Modul 18/1, and Nachsorge/Verlauf. A red arrow points to the "DMP Erstmeldung" node in this list. The central panel displays "Erkrankungsinformation" with entries for Datum, Formular, and Angaben zum Inhalt. The first entry is "15.03.2013 Termin" with "Labor" as the formular. The second entry is "11.03.2013 Therapieplan" with a minus sign. The third entry is "08.03.2013 Eingriff" with a detailed description: "diagnostischer Eingriff - Resektion von Metastasen - Nachresektion - Rekonstruktion - links" and two "Hinzufügen" buttons. The fourth entry is "07.03.2013 Diagnose" with the code "C50.8 - Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend - links". At the bottom of the central panel, there are navigation icons for back, forward, and search, along with the page number "S. 1/1".

Abbildung 109: Screenshot, wo sich das Dokument zur DMP Erstmeldung ist

Wählen Sie aus der Liste der neuen Formulare (vgl. Kapitel 6.5) ein neues DMP Formular aus.

**DMP Brustkrebs Erstmeldung**

Voraussetzung für die Einschreibung ist der histologische Nachweis eines Brustkrebs oder der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebs. Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme. Männliche Patienten können nicht am DMP Brustkrebs teilnehmen.

Für die Einschreibung sollte **grundsätzlich der jüngste Befund** verwendet werden.

Bitte beachten Sie: Felder mit **hervorgehobener Bezeichnung** werden nicht vorbelegt und müssen ggf. in diesem Formular ergänzt werden.

Administrative Daten	
DMP-Fallnummer *	1
Dokumentationsdatum *	08.02.2012 <input type="button" value="Daten aktualisieren"/>
Grund für die Einschreibung *	<b>2</b>
Meldender Arzt	Sierag, Andreas <input type="button" value=""/>
Datum der Unterschrift	<input type="button" value=""/>
Krankenversicherungsdaten <b>1</b>	
Kostenträger	<del>aktualisieren</del>
Versichertennr.	<b>3</b>
Versichertenstatus	
Statusergänzung	
Versicherungskarte gültig bis	01.10.2020
Einlesedatum der Versicherungskarte	
Einschreibung	
Erstmanifestation Primärtumor	07.02.2012 <input type="button" value=""/>
Manifestation kontralateraler Brustkrebs	<input type="button" value=""/>

Abbildung 110: Screenshot von dem Formular zur Erstmeldung DMP Brustkrebs

Innerhalb des DMP-Erstformulars finden Sie Felder, deren Schrift fett (1) und Felder, deren Schrift normal dargestellt ist. Felder mit der fetten Schrift müssen Sie innerhalb dieses Formulars ergänzen. Die Felder mit der normalen Schrift werden aus der Dokumentation übernommen. Die übernommenen Daten können beliebig nachbearbeitet werden.

Bitte beachten Sie:

- Sollten Sie Änderungen innerhalb der Dokumentation vornehmen, nachdem Sie das DMP-Formular erstellt haben, drücken Sie bitte im Feld „Dokumentationsdatum“ den Button „Daten aktualisieren“ (2), damit die Daten bis einschließlich des Dokumentationsdatums in das DMP-Formular übernommen werden.
- Wenn Sie das DMP-Formular vorab ausgefüllt haben, die Patientin aber erst einige Tage später in das DMP-Programm aufgenommen wird und innerhalb dieser Zeitspanne noch Daten in der Dokumentation ergänzt worden sind, müssen Sie das Dokumentationsdatum auf den Tag der Aufnahme in das DMP-Programm ändern und ebenfalls „Daten aktualisieren“ drücken. Dadurch können die später hinzugefügten Daten in das DMP-Formular übernommen werden.

- Die Krankenversicherungsdaten werden Ihnen im Block „Krankenversicherungsdaten“ vorgeblendet, sofern diese im Stammdatenblatt der Patientin hinterlegt wurden. Sollte der Block „Krankenversicherungsdaten“ nicht gefüllt sein, können Sie das DMP-Formular mit Ihren zusätzlichen Angaben in den Feldern mit der fetten Schrift trotzdem speichern. Anschließend hinterlegen Sie bitte die Krankenversicherungsdaten in den Stammdaten der Patientin und rufen danach das DMP-Formular erneut auf. Im Block „Krankenversicherungsdaten“ drücken Sie bitte den Knopf „aktualisieren“ (3) und die Krankenversicherungsdaten werden aus den Stammdaten übernommen.

DMP-Folgeformulare können nur angelegt werden, wenn das DMP-Erstdokument vorhanden ist. Ein Folgedokument kann nur über den „Hinzufügen“ Button (1) angelegt werden.

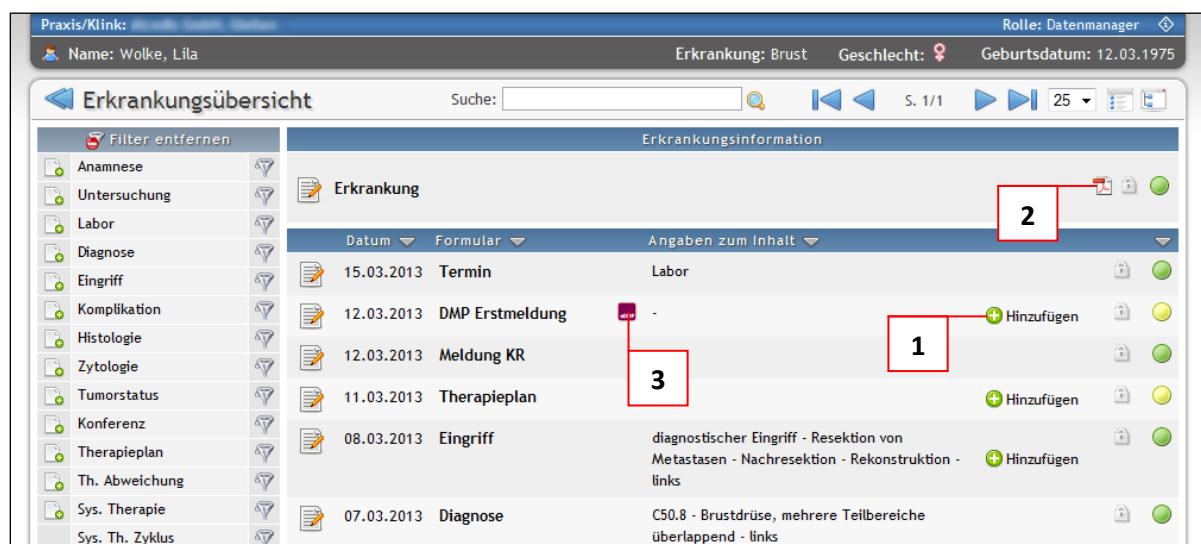


Abbildung 111: Screenshot mit Symbolerklärungen bei der DMP Erstmeldung

Hinzugefügte Folgeformulare werden Ihnen in der Übersicht mit angezeigt. Sie können beliebig bearbeitet werden.

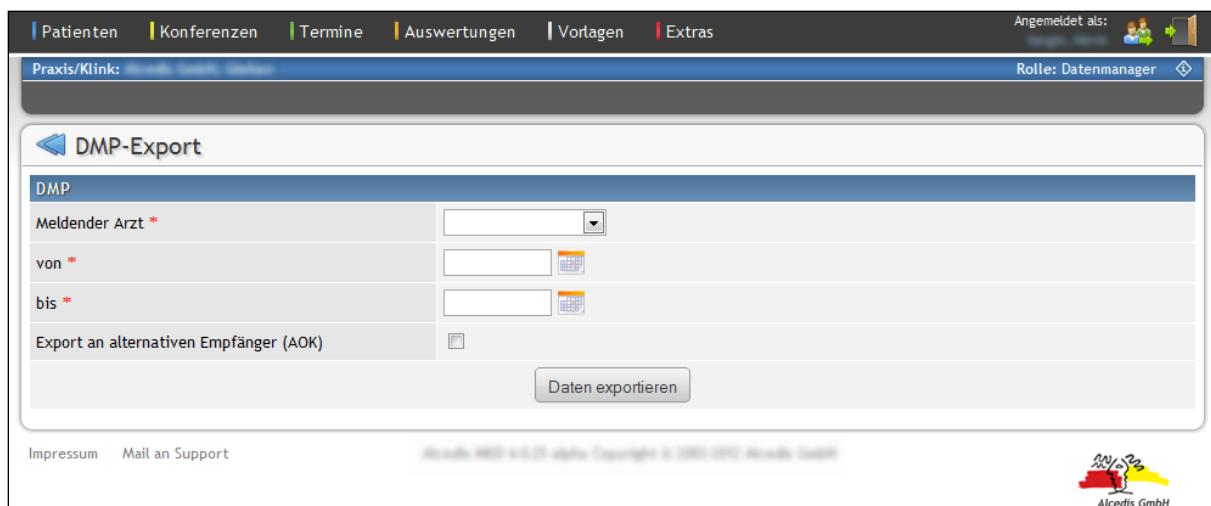
Eine Einverständniserklärung für die Patientin können Sie über das PDF Dokument (2) ausdrucken und aushändigen.

Eine Zusammenfassung der Daten, die übermittelt werden, können Sie für die Patientin über (3) ausdrucken und zur Verfügung stellen.

## 12.2 Versenden der DMP-Dokumente

Den Export können Sie unter dem Menüpunkt „Extras“ durchführen. Die Meldung der DMP-Dokumentation erfolgt auf elektronischem Weg (eDMP) mittels Datenträger oder verschlüsselt per E-Mail.

Es öffnet sich ein Fenster in welchem Sie den meldenden Arzt und den Zeitraum, für welchen Sie Ihre DMP-Meldungen versenden möchten, eingeben. Der Meldezeitraum bezieht sich auf die Einschreibedaten.



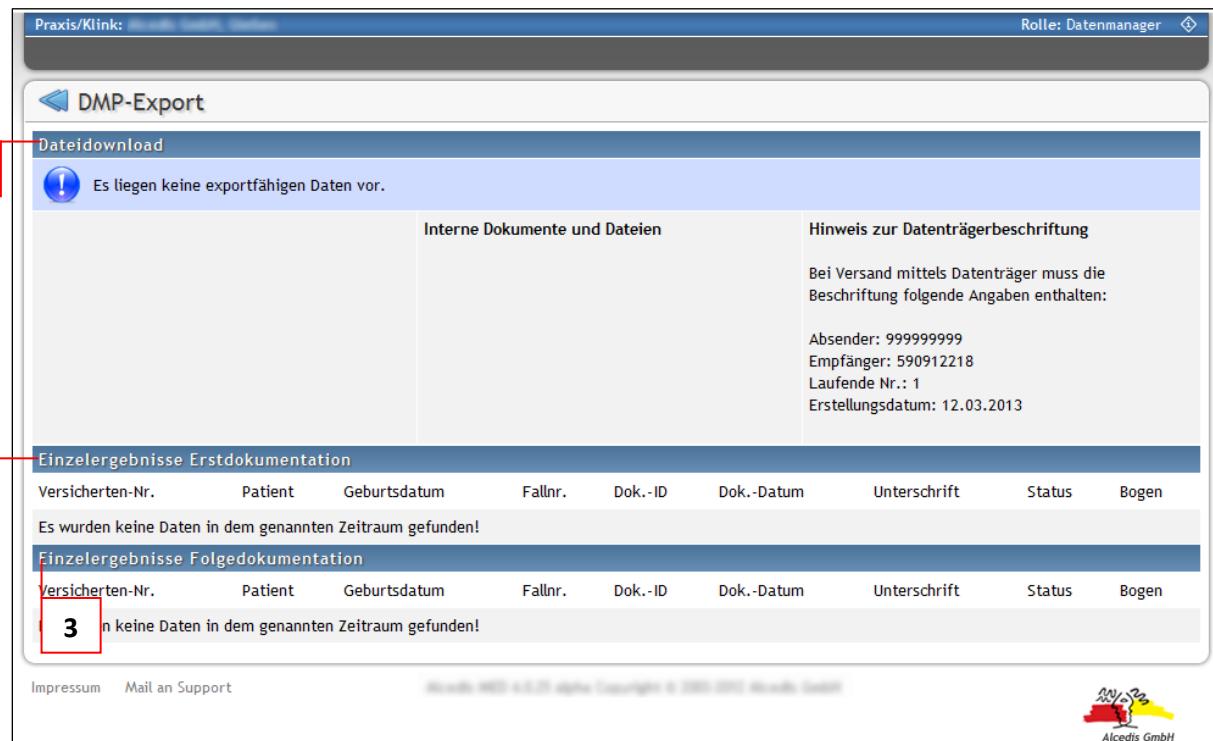
The screenshot shows a web-based application interface for 'DMP-Export'. At the top, there's a navigation bar with links for Patienten, Konferenzen, Termine, Auswertungen, Vortagen, and Extras. On the right, it says 'Angemeldet als: [User Icon] Rolle: Datenmanager' with a dropdown arrow. Below the navigation is a header bar with 'Praxis/Klinik:' and a search field. The main content area is titled 'DMP-Export' and contains a 'DMP' section with fields for 'Meldender Arzt \*' (selected), 'von \*' (date from), 'bis \*' (date to), and 'Export an alternativen Empfänger (AOK)' (checkbox). A large button labeled 'Daten exportieren' is at the bottom. At the bottom of the page, there are links for 'Impressum' and 'Mail an Support', and the Alcedis logo.

Abbildung 112: Screenshot von dem Formular zur Erstmeldung DMP Brustkrebs

Nach dem Datenexport gelangen Sie zu einer Übersicht mit den zu diesem Zeitpunkt zu exportierenden Patientinnen.

Das Formular gliedert sich in drei Blöcke:

- Dateidownload (1)
- Einzelergebnisse Erstdokumentation (2)
- Einzelergebnisse Folgedokumentation (3)



The screenshot shows the results of the data export. It is divided into three sections: 1. Dateidownload, 2. Einzelergebnisse Erstdokumentation, and 3. Einzelergebnisse Folgedokumentation. 
   
Section 1 (Dateidownload) has a red box around it and contains a message: '1 Es liegen keine exportfähigen Daten vor.' It also includes a table for internal documents and files with a note about labeling requirements for delivery. The table rows are: 
 

Interne Dokumente und Dateien		Hinweis zur Datenträgerbeschriftung	
		Bei Versand mittels Datenträger muss die Beschriftung folgende Angaben enthalten:	
		Absender: 99999999 Empfänger: 590912218 Laufende Nr.: 1 Erstellungsdatum: 12.03.2013	

  
Section 2 (Einzelergebnisse Erstdokumentation) has a red box around it and contains a message: '2 Es wurden keine Daten in dem genannten Zeitraum gefunden!' 
   
Section 3 (Einzelergebnisse Folgedokumentation) has a red box around it and contains a message: '3 Es wurden keine Daten in dem genannten Zeitraum gefunden!' 
   
At the bottom, there are links for 'Impressum' and 'Mail an Support', and the Alcedis logo.

Abbildung 113: Screenshot von dem Formular zur Erstmeldung DMP Brustkrebs

### 12.2.1 Dateidownload

Innerhalb dieses Blocks finden Sie Links zu „Versanddokumenten und -Dateien“, zu „Internen Dokumenten und Dateien“ und einen „Hinweis zur Datenträgerbeschriftung“.

#### 12.2.1.1 Versanddokumente und -Dateien

Die „XKM-Datei“ und die „Begleitdatei“ müssen Sie auf Ihrem Datenträger speichern oder als E-Mail-Anhang versenden. Der „Transportbegleitzettel“ ist nur bei Versand der DMP-Daten auf dem Postweg (z.B. CD-ROM) nötig. Er muss vom versendenden Arzt unterschrieben werden. Ob Sie die „Versandliste“ ausdrucken müssen oder ob diese von der Datenstelle ausgedruckt an Sie versendet und vom meldenden Arzt unterschrieben zurück an die Datenstelle gesendet wird, ist von der Datenstelle abhängig und dort zu erfragen.

Bitte speichern Sie die Datei auf Ihrer Festplatte. Von dort aus können Sie die Datei auf Ihren Datenträger übertragen bzw. an Ihre E-Mail an die Datenstelle anhängen.

Zum Speichern der „Begleitdatei“ wählen Sie diese bitte mit der rechten Maustaste an. Es öffnet sich ein Fenster in welchem Sie bitte „Ziel speichern unter ...“ wählen. Speichern Sie die Datei ebenfalls und übertragen Sie sie von der Festplatte auf den Datenträger oder hängen sie an Ihre E-Mail an.

Beim Versand auf Datenträger öffnen Sie den „Transportbegleitzettel“ und drucken ihn mit der Druckerfunktion Ihres Browsers aus. Lassen Sie ihn vom meldenden Arzt unterschreiben und fügen Sie ihn Ihrer Postsendung bei.

Ob Sie die „Versandliste“ ebenfalls ausdrucken bzw. der Datenstelle elektronisch übermitteln müssen, klären Sie bitte mit Ihrer zuständigen Datenstelle. Bei Anwahl der Versandliste öffnet sich ein pdf-Dokument. Sie können die Liste ausdrucken, unterschreiben und mit der Post mit versenden.

#### 12.2.1.2 Interne Dokumente und Dateien

Die „ZIP-Datei“ ist die unverschlüsselte Version der „XKM-Datei“. Sie enthält die zu übermittelnden Daten und kann bei Bedarf von Ihnen gespeichert werden.

Die „Exportstatistiken Erst- und Folgedokumentation“ und das „Verschlüsselungsprotokoll“ können Sie öffnen und ggf. speichern. Diese Dateien dokumentieren den Verlauf des Datenexports.

### 12.2.2 Einzelergebnisse Erstdokumentation und Einzelergebnisse Folgedokumentation

Innerhalb dieser Blöcke werden Ihnen die exportierten DMP-Daten Ihrer zu meldenden Patienten angezeigt.

Bitte überprüfen Sie, ob im Feld Status „ok“ angegeben ist. Sie können den angezeigten Status anwählen und erhalten eine Statistik des Datenexports dieser Patientin.

Durch Anwahl des Symbols „eDMP“  können Sie ein DMP-Papierdokument ausdrucken, welches Sie der Patientin aushändigen können. Es enthält alle DMP-Angaben.

### 12.2.3 Fehlerhafter DMP-Export

Sollte im Bereich Status „Warnung“ angezeigt werden, wird die Datei mit versendet. Dies kann z.B. bei einer pnp-Einschreibung der Fall sein. In diesem Fall sind bei der präoperativen Einschreibung schon Daten übermittelt worden, die nun nicht mehr übermittelt werden.

Sollte ein „Fehler“ oder „Abbruch“ angezeigt werden, wird die Datei ebenfalls nicht mit übermittelt. Bitte öffnen Sie in diesem Fall den Link (anwählen) und schauen im sich öffnenden Protokoll nach, um welches Problem es sich handelt. Beheben Sie es (z.B. Dokumentieren noch fehlender Daten), exportieren die DMP-Daten erneut und versenden Sie sie.

## 13 Tipps zur Dokumentation für die Zertifizierung

1. Lesen Sie den von der Zertifizierungsstelle vorgegebenen aktuellen Erhebungsbogen.
2. Studieren Sie die Hilfetexte unter dem Menüpunkt Auswertungen (vgl. Kapitel 10.8). Füllen Sie diese Felder aus, da diese zur Berechnung der Kennzahlen herangezogen werden. Die hier abgebildeten Felder sind in den Formularen blau hervorgehoben.
3. Wenn möglich füllen Sie die Felder aus bezüglich derer Sie vom System gewarnt werden. Ist dies nicht möglich, kann der Datenmanager das Formular abschließen (vgl. Kapitel 7.4.1). Durchlaufen Sie mit dem System nach Abschluss der jeweiligen Patientendokumentation den Status (vgl. Kapitel 7).
4. Öffnen Sie den Kennzahlenbogen in regelmäßigen Abständen, z.B. 1x im Monat um zu prüfen ob sich die Zahlen Ihren Erwartungen entsprechend ändern.
5. Einfache schwarze Felder müssen für die Zertifizierung nicht ausgefüllt werden.
6. Wenden Sie sich bei Fragen oder Problemen direkt und frühzeitig an den Support.

## **14 Konfigurationsmöglichkeiten/Kundenspezifische Anpassungen**

Konfigurationsmöglichkeiten sind anwendungsübergreifend. Daher ist eine gute Abstimmung in Ihrer Klinik wichtig. Konfigurationseinstellungen werden nur nach schriftlichem Auftrag (gerne auch per Mail) vom zentralen Ansprechpartner ihrer Klinik entgegengenommen. Konfigurationen sollten einmalig nach Installation durchgeführt werden oder in Ausnahmefällen.

### **14.1 Top Ten**

Die Top Ten Liste in den Codepickern kann für alle Codepicker aller Erkrankungen auf eine beliebige Zahl gesetzt werden.

### **14.2 Sichtbarkeit von Feldern**

Neben der grundsätzlichen Definition, welche Felder bei welcher Erkrankung maximal sichtbar sind, können Sie mitbestimmen, welche Felder in Ihrer Anwendung sichtbar sind und welche ausgeblendet werden sollen. Bitte beachten Sie, dass ganze Formulare sowie auswertungs- oder exportrelevante Felder nicht ausgeblendet werden können. Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an den Support.

### **14.3 HL7 Schnittstelle**

Informationen zur HL7 Schnittstelle finden sie in Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..** Hier sind z.B. Diagnosen konfigurierbar oder auch die Art des Filters.

### **14.4 Tumorkonferenzprotokolle**

Die Konferenzprotokolle können nach Ihren Wünschen angepasst werden. Theoretisch können alle Felder aus der Dokumentation abgebildet werden. Außerdem kann z.B. das Logo Ihrer Klinik abgebildet werden. Die Anpassung von Tumorkonferenzprotokollen ist kostenpflichtig. Bitte wenden Sie sich für ein unverbindliches Angebot an den Support.

## 14.5 Arztbriefe

Auch Arztbriefe können nach Ihren Wünschen angepasst werden. Theoretisch können alle Felder aus der Dokumentation abgebildet werden. Außerdem kann z.B. das Logo Ihrer Klinik abgebildet werden. Die Anpassung von Arztbriefen ist kostenpflichtig. Bitte wenden Sie sich für ein unverbindliches Angebot an den Support.

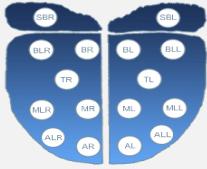
## 14.6 Histologieformular Prostata (Prostatastanze)

Vor Beginn der Dokumentation kann zwischen zwei Prostatastanzen- Ansichten gewählt werden. Es gibt die Möglichkeit nur eine Stanze pro Region zu dokumentieren oder bis zu 5 Stanzen pro Region.

### 14.6.1 Eine Stanze pro Region

**Beurteilung der Stanzzyylinder**

Falls keine Biopsie durchgeföhrt wurde, die jeweiligen Beurteilungsfelder leer lassen.



SBR			SBL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

BLR			BLL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

BR			BL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

TR			TL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

MLR			MLL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

MR			ML				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

AR			AL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

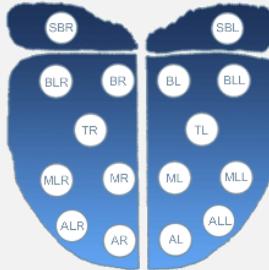
ALR			ALL				
Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]		Beurteilung	, wenn positiv, Anzahl [ ]			
Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason	Nr.	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Gleason
1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	1.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	2.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	3.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	4.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]
5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]	5.	[ ]	[ ]	[ ] + [ ]

Ort	Beurteilung	Länge [mm]	Tumoranteil [%]	Ort	Beurteilung	Länge [mm]	Tumoranteil [%]
R	[ ]	Max. [ ]	[ ]	L	[ ]	Max. [ ]	[ ]
Anzahl Stanzen				Anzahl Stanzen positiv			
Anzahl Stanzen				Anzahl Stanzen positiv			

Abbildung 114: Screenshot von dem Formular Histologie Abschnitt „Beurteilung der Stanzzyylinder“

#### 14.6.2 Fünf Stanzen pro Region (Ausschnitt)

 Falls keine Biopsie durchgeführt wurde, die jeweiligen Beurteilungsfelder leer lassen.



Gesamt			
Anzahl Stanzen gesamt			
Anzahl positiver Stanzen gesamt			
	LK entfernt	befallen (Makrometastasen)	befallen (Mikrometastasen oder Einzelstrangstreuung)
LK links			
LK rechts			
Gesamt			
Mikrometastasen	<input type="checkbox"/>		

Abbildung 115: Screenshot von dem Formular Histologie zur Gesamtstanzenzylinerbeurteilung.

## 15 Änderungen

### 15.1.1 Migration von MED 3 zu MED 4

#### 15.1.1.1 Datum 01.01.1900

Für die Migration der Daten von MED 3 in MED 4 war es notwendig, allen Formularen ein Datum zu geben. In der Version MED 3 waren in einigen Formularen, aus verschiedenen Gründen, keine Datumsangaben vorhanden, sodass Alcedis **MED** welche festsetzen musste. Mögliche Gründe, dass kein Datum vorhanden war, sind z.B. Tumorkonferenz nicht abgeschlossen, Therapieplan nur in therapeutische Situation und Therapieplanung ohne Datum dokumentiert, Formulare ohne Datum aus Altdatenübernahmen oder neue MED 4 Formulare.

Bei neuen Formularen in MED 4 wurde versucht ein bestehendes Datum zu verwenden. Zum Beispiel für das Formular „Beratung und Betreuung“ das Anamnesedatum oder Erstdiagnostikdatum. Nur wenn auch das jeweilige Ersatzdatum nicht vorhanden war, wurde das Datum 01.01.1900 gesetzt.

#### 15.1.1.2 Alle alten Konferenzen sind abgeschlossen

Durch die Einführung des Editors, Bearbeitbarkeit der Tumorkonferenzprotokolle und der damit verbundenen Technologie müssen für die Datenübernahme von MED 3 zu MED 4 alle Tumorkonferenzen aus MED 3 abgeschlossen werden und dürfen dann in MED 4 auch nicht wieder geöffnet und nachbearbeitet werden.

Die Protokolle bleiben als PDF vorhanden und können angesehen und ausgedruckt werden. Eine Änderung des „Konferenz Patient“ Formulars, des „Therapieplan“ Formulars oder der nachträglichen Bearbeitung von Konferenzteilnehmern kann zu Datenverlust und/oder Dateninkonsistenzen führen.

#### 15.1.1.3 Kosmetikformular

Das Kosmetikformular aus der Brusterkrankung wurde zu einem Fragebogen.

## **16 Weiterhelfende Internetadressen**

### **16.1 DKG**

Deutsche Krebsgesellschaft

[www.krebsgesellschaft.de/](http://www.krebsgesellschaft.de/)

### **16.2 Onkozert**

Zertifizierungsstelle im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft

[www.onkozert.de](http://www.onkozert.de)

### **16.3 DIMDI**

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)

## Indexverzeichnis

Auswertung 12,13,21,29,38,44,52,53,57,58,59,75,76,80,82,**103**,104,106,108,109,119,120  
Autofilter 104,107  
Bemerkungsfeld 52,84,90  
Benutzername 8,24,25,87  
Benutzerverwaltung 22,23  
Codepicker 12, 55,**57**,120  
Daten vorbelegen 54  
Datenmanager 11, 19,20,24,27,**29**,30,31,32,41,42,43,52,66,75,76,77,81,82,83,**86**,92,93,119  
Dokumentar 19,24,27,**29**,31,32,41,42,48,66,77,**86**,92,93,101  
Einweiser 49  
Einzeldiagnosen 57  
Epikrise 88,100  
Filter 10,16,17,47,52,104,105,107,109,120  
Filter setzen 51  
Hausarzt 49  
Hilfetext 56,58,61,104,106,108,119  
inaktiv 27, 34,41  
interdisziplinäre Tumorkonferenzen 85,86  
Kaplan Meier Diagramme 106  
Kennzahlenbogen 104,106,107,119  
Konferenzen 29,31,42,43,52,53,62,63,82-92,98,100,121,124  
Krankenkasse 42  
Krebsregister 20,72,110,**112**,120  
Lebensqualität 52  
Lokalisation 54,56,59  
lost to follow-up 50  
Menüleiste 14,23,72  
Nachsorge 21,50,55,57,73,106  
Passwort 8,22,23,24,25,87,97,110  
Passwort ändern 8,110  
Patienten löschen 28  
PSA Wert 57  
PSA-Rezidiv 53  
psychoonkologische Betreuung 70  
Rezidiv 53,73,106  
Rolle 9, 14, 18,19,20, 22, 26, 27,28,**29,31,32**  
Rollenauswahl 14  
Schloss 31,52,82,83  
Screening 52  
Sentinel 61  
Sozialdienst 70  
Stammdaten 10,14,28,42,45,46,47,48,**49**,115,  
Status 14,48,54,**74**,75,77,78,82,100,117,118,119  
Statusanzeige 52,74,80,81  
Suchfeld 14,15,17  
Supervisor 18,19,20,21,22,23,24,25,27,29,33,40,41,42,49,87,88,100,110  
Tumormarker des Gewebes 57  
Tumorstatus 11,20,43,**53**,54,57,59,73,75,76,112  
Vorlagen 19,22,27,29,33,34,35,38,42,47,67,69,70,73,109  
Zurücksetzen des Passworts 25  
Zweiterkrankung 49,54



---

## **17 Anhang**

Um Ihnen eine Hilfe zu sein, werden hier Beispiele für generiert Dokumente aus dem Alcedis MED System gegeben.

### **17.1 E-Mail: Einladung zur Tumorkonferenz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lade ich Sie herzlich zur Online Konferenz am 01.02.2011 ein.  
Die Konferenz wird von 10:00 Uhr bis 11:00 Uhr stattfinden.

Das Thema lautet:

Testkonferenz(aus dem Feld „Bezeichnung der Konferenz“)

Die Fragestellung dieser Konferenz ist:

Wie sieht eine Beispieleinladung aus? (aus dem Feld „Bemerkung“)

Ich hoffe auf Ihre Teilnahme und bitte Sie, falls Sie verhindert sind, mir telefonisch oder via E-Mail abzusagen:

Telefon: 0123/456789

E-Mail: [med-support@alcedis.de](mailto:med-support@alcedis.de) (E-Mail Adresse des Moderators)

Mit freundlichem Gruß

Martha Müller  
(Moderator)

### **17.2 Tumorkonferenzprotokoll**

(Ausschnitt)

Tumorboard Gynäkologie

12.01.2012

Natalie Müller, geb. 08.06.1938, Alter 73 Jahre, postoperativ

Nachr. Frauenarzt

Krebs, Anna-Maria

Nachr. Hausarzt

Krziwanie, Anett

#### **Diagnose:**

## Primärtumor

rechts

#### Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse

#### Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o.n.A.

#### HR positiv (4/0)

#### **Bestehende Erkrankungen:**

#### E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet

**E11.90 Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen:**

Nicht als entgleist bezeichnet

### E05.3 Hyperthyreose durch ektopisches Schilddrüsengewebe

### Zustand nach Hysterektomie

#### **Menopausenstatus:**

### **postmenopausal**

## Familienanamnese:

#### Akute myeloische Leukämie, Großmutter

#### **Untersuchungen:**

#### Klinische Untersuchung der Mamma beidseitig

vom 08.12.2011 nachgel.

## Klinische Untersuchung der Mamma rechts

vom 08.09.2011 palnabel

Lokalisation: Brust o.n.A., rechts

20x10 mm

- tastbarer Befund bei 10 Uhr

Tumorboard Gynäkologie

12.01.2012

Natalie Müller, geb. 08.06.1938, Alter 73 Jahre, postoperativ

**Sonographie der Mamma rechts**

vom 08.09.2011 auffällig o.n.A. BIRADS: 4 (suspekte Läsion, Biopsie empfehlenswert)

Lokalisation: Brust o.n.A., rechts

22x17x13 mm

- Lokalisation bei 10 Uhr, 6 cm neben der Mamille

**Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie rechts**

vom 31.08.2011 auffällig o.n.A.

Lokalisation: Brust o.n.A., rechts

30x20 mm

- rechts bei 10 Uhr ist eine spindelförmige Resistenz palpabel

**Mammographie: Eine oder mehr Ebenen rechts**

vom 31.08.2011 auffällig o.n.A. BIRADS: 4b (50% Malignitätsverdacht)

Lokalisation: Brust o.n.A., rechts

50x20x20 mm

**Histologie:**

rechte Seite: Präoperative Histologie: 12.09.2011 Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o.n.A.

HR positiv (4/0)

rechte Seite: Postoperative Histologie: 04.10.2011

**Lymphknotenstatus:**

SLN: 0 von 1

**Tumorklassifikation:**

rechts, posttherapeutisch

cTis(DCIS) cN0 M0 G3

**Rezeptoren rechte Seite:**

ER positiv, 12.09.2011

PR negativ, 12.09.2011

**Bisherige Therapien:**

rechte Seite: 09.09.2011

Tumorboard Gynäkologie

12.01.2012

Natalie Müller, geb. 08.06.1938, Alter 73 Jahre, postoperativ

Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Feinnadelaspiration  
rechte Seite: 29.09.2011

02.12.2011, Chemotherapie, adjuvant kurativ, FEC +Radiatio

rechte Seite: 06.12.2011

Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Feinnadelaspiration

#### **Staging:**

MRT o.n.A.

vom 09.12.2011 unauffällig

Röntgenuntersuchung des Thorax

vom 29.09.2011 unauffällig

Echokardiographie o.n.A.

vom 28.09.2011 unauffällig

EF 60 %

MRT Mamma rechts

vom 26.09.2011 auffällig (V.a. Primärtumor) BIRADS: 6 (Verlaufskontr. bei neoadj. Ther. u. hist. verif. Ca)

- oberer äußerer Quadrant bei 10 Uhr, von präpektoral bis 3,5 cm Mamillenabstand nach ventral reichend

Klinische Untersuchung der Mamma links

vom 08.09.2011 nicht palpabel

#### **UKG**

Echokardiographie o.n.A.

EF 60 %

#### **Tumormarker (Serum):**

04.11.2011 CA 15-3: 50 µmol/l

04.11.2011 CEA: 5 µmol/l

Tumorboard Gynäkologie  
12.01.2012  
Natalie Müller, geb. 08.06.1938, Alter 73 Jahre, postoperativ

Gewicht: 61 kg

Größe: 165 cm

KOF: 1,67 m<sup>2</sup>

Karnofsky-Index

100%

Tumorboard Gynäkologie

12.01.2012

Natalie Müller, geb. 08.06.1938, Alter 73 Jahre, postoperativ

Fragestellung: Wie soll weiter vorgegangen werden?

Procedere:

Operative Therapie: nein

Chemotherapie Testtherapie SHA

Sonstige medikamentöse Therapie Test HH 3

Strahlentherapie: nein

Anmerkung zur Therapieentscheidung Weiter Anmerkungen zum Therapieentscheid aus dem  
Bemerkungsfeld.

Teilnehmer:

Geschrieben von Alcedis, Administrator

Chefarzt

-  
Die Patientin wurde über das Ergebnis der Tumorkonferenz aufgeklärt und hat den Empfehlungen durch Unterschrift  
zugestimmt.

Patient: Arzt:

Datum: Datum:

## 17.3 Arztbrief

**Frauenklinik Musterhausen**  
**Chefarzt Dr. med. F. Mustermann**  
Facharzt für Frauenheilkunde & Geburtshilfe,

Beispielklinik, Musterstraße 104, 12345 Musterhausen

Herrn Dipl. med. Musterarzt  
Beispielweg 12

54321 Teststadt

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:  
01.01.2012

Unser Zeichen: FM/Sek

Datum 20.12.2011

Sehr geehrter Herr Dipl. med. Musterarzt,

wir berichten Ihnen über unsere gemeinsame Patientin Frau Martha Musterpatientin, geb. am 01.09.1975, wohnhaft in 12345 Musterhausen, Goethestraße 44, der sich in unserer Behandlung befand.

### linke Seite:

**Therapie:** Operationsdatum: 28.04.2010  
5-883.0 - Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, n.n.bez.  
rechts - 1-501 - Biopsie der Mamma durch Inzision  
5-401.11 - Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäß: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)  
Operationsdatum: 15.04.2010  
rechts - 5-870.2 - Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Duktetomie  
Operationsdatum: 14.01.2010  
links - 5-873.01 - Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie: Lymphadenektomie Level 1 und 2  
Operationsdatum: 01.01.2010  
1-501 - Biopsie der Mamma durch Inzision  
5-870.70 - Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Ohne Clip-Markierung der Biopsieregion

### rechte Seite:

**Therapie:** Operationsdatum: 28.04.2010  
5-883.0 - Plastische Operationen zur Vergrößerung der

	<p>Mamma: Implantation einer Alloprothese, n.n.bez.      rechts - 1-501 - Biopsie der Mamma durch Inzision      5-401.11 - Exzision einzelner Lymphknoten und      Lymphgefäß: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung      (Sentinel-Lymphonodektomie)      Operationsdatum: 15.04.2010</p> <p>rechts - 5-870.2 - Partielle (brusterhaltende) Exzision der      Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre      Lymphadenektomie: Duktktomie      Operationsdatum: 14.01.2010</p> <p>links - 5-873.01 - Mastektomie mit axillärer      Lymphadenektomie: Ohne Resektion der M.      pectoralis-Faszie: Lymphadenektomie Level 1 und 2      Operationsdatum: 01.01.2010</p> <p>1-501 - Biopsie der Mamma durch Inzision      5-870.70 - Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma      und Destruktion von Mammagewebe: Exzision durch      Vakuumbiopsie (Rotationsmesser): Ohne Clip-Markierung der      Biopsieregion</p>
<b>Immunhistochemie:</b>	HER-2/neu: PCR, IHC / DAKO: 3+ positiv, Ventana: SISH Silver-in-situ-hybridization, Fish: > 2 Genkopien
<b>Histologie:</b>	<p>Resektionsränder: 32 mm      Resektionsstadium: R2      Tumogröße: 1 mm x 2 mm x 3,7 mm      entfernte LK: 39, befallene LK HE: 9, IHC: 16      SLN-Biopsie durchgeführt am 2010-04-28      entfernte LK: 41, befallene LK: 91      8600/3 - Malignes Thekom</p>
<b>Immunhistochemie:</b>	<p>Estrogenrezeptor: 57 %, IRS: 3-4 (mäßig positiv)      Progesteronrezeptor: 67 %, IRS: 3-4 (mäßig positiv)      Ki-67: 789 %      HER-2/neu: ELISA, IHC / DAKO: 1+ positiv, Ventana: CISH      Chromogenic-in-situ-hybridization, Fish: 1 Genkopie</p>
<b>Histologie:</b>	<p>Resektionsränder: 10 mm      Resektionsstadium: RX      Tumogröße: 12 mm x 30 mm x 15 mm      entfernte LK: 9, befallene LK HE: 6, IHC: 3      SLN-Biopsie durchgeführt am 2010-04-28      entfernte LK: 41, befallene LK: 91      8032/3 - Spindelzellkarzinom o.n.A.</p>
<b>Echokardiographie o.n.A.</b>	03.05.2011, unauffällig

<b>Mammographie: Eine oder mehr Ebenen</b>	07.01.2011, auffällig (V.a. Primärtumor), BIRADS: 4c (80% Malignitätsverdacht)
<b>Biopsie der Mamma durch Inzision</b>	rechts, 06.01.2011, auffällig o.n.A., BIRADS: 0 (nicht beurteilbar, weitere Bildgebung erforderlich)
<b>Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur</b>	beidseitig, 12.05.2010, BIRADS: 4a (30% Malignitätsverdacht)
<b>Mammographie: Eine oder mehr Ebenen</b>	beidseitig, 13.04.2010, auffällig o.n.A., BIRADS: 4 (suspekte Läsion, Biopsie empfehlenswert)
<b>Tumormarker:</b>	SCC: (Ref.: 5-6) CEA: (Ref.: 4-5) CA 125: pathologisch (55 µkatal/l, Ref.: 1-2) CA 19-9: (Ref.: 3-4) CA 15-3: (Ref.: 2-3)

#### **Geplantes weiteres Procedere nach interdisziplinärer Tumorkonferenz am 20.12.2011**

Geplante endokrine Therapie: ja

Geplante adjuvante Strahlentherapie: ja

Geplante Immuntherapie: ja

Patient zugewiesen an Grüter, Grit

Anmerkung der Tumorkonferenz: Die Patientin befindet sich in einem guten Allgemeinzustand.

Dr. med. Mustermann  
Chefarzt

Dr. med. Müller  
Oberärztin

## **17.4 Terminbrief**

Alcedis GmbH • Winchesterstraße 3 • 35394 Gießen

Frau  
Corinna Fachler  
Berliner Str. 44  
11111 Berlin

Datum: 28.03.2013

Ihr Termin am 28.03.2013

Sehr geehrte Frau Fachler,

Wir möchten Sie an Ihren nächsten Termin  
am 28.03.2013 um 11:00 Uhr / Nachsorge  
erinnern.

Mit freundlichen Grüßen

---

## **18 Herausgeber**

Dieses Handbuch wurde von der Alcedis GmbH erstellt und dient zur Hilfeleistung für die Anwendung des Alcedis MED Systems. Es wird allen Kunden, die unsere Software gekauft haben, zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website [www.alcedis.de](http://www.alcedis.de).

Bei Anregungen oder Fragen zum Handbuch oder Programm, wenden Sie sich bitte an den Support unter der Telefonnummer

**0641/94436-550**

mit den Ansprechpartnern

- Frau Dr. Mangold
- Frau Dr. Riehl
- Frau Stamm
- Herr Städele

Des Weiteren können Sie uns gerne eine E-Mail an [med-support@alcedis.de](mailto:med-support@alcedis.de) senden oder per Post was zukommen lassen.

Postanschrift Alcedis GmbH

Winchesterstraße 3

35394 Gießen

Das Alcedis Team wünscht Ihnen eine große Freude bei der Nutzung unseres Systems und weiterhin viel Erfolg bei Ihrer Arbeit.