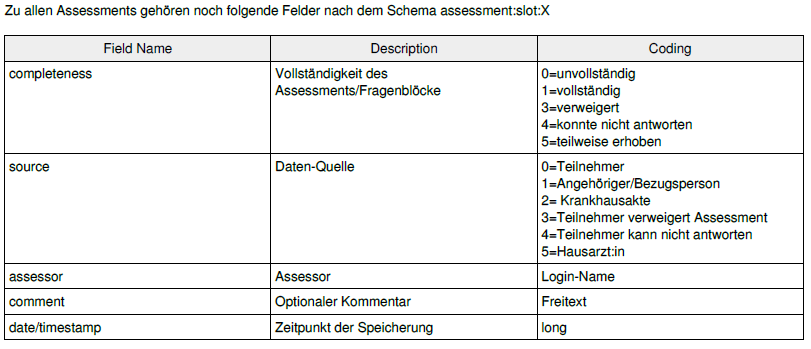
Dieser Bogen enthält alle durchzuführenden Assessments und Fragen für die SURGE-Ahead Observations- und KI-Entwicklungsstudie (OKIE). Im ersten Teil sind die vier idealerweise präoperativ durchzuführenden Assessments gelistet (ISAR, 4AT, Schmerzskala, Barthel). Anschließend folgen die fakultativ präoperativ, ansonsten postoperativ durchzuführenden Assessments und Fragenkataloge. Zuletzt folgend die Follow-up Fragen 90 Tage nach der Entlassung (+/-7d).

Der Erhebung soll primär digital erfolgen. Die Assessments/Fragen sind daher NICHT nach Erhebungszeitpunkte sortiert. Teilweise wiederholen sich einzelne Assessments/Fragen.

Vor jedem neuen Assessment befindet sich einen Abschnitt Datenquelle und Erhebungszeitpunkte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: source  **Teilnehmer** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Hausarzt/-ärztin 5  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte: date  T0.1 Präoperativ preop  T0.2 Präoperativ preop  T1 Postoperativ Tag 1 postop\_1  T2 Postoperativ Tag 3 postop\_3  T3 Postoperativ Tag 5 postop\_5 | T4 Postoperativ Tag 7 postop\_7  T5 vor Entlassung (- 0-3d) discharge  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) followup  **2 Wochen vor Aufnahme** prior |



In diesem ist abzulesen, welche Datenquelle zu präferieren ist (**FETT**) und welche alternativen Datenquellen bemüht werden können. In oben dargestellter Übersicht sollte primär der/die Teilnehmende befragt werden, kann hier die Information nicht sicher erhalten werden, sollte ggf. die zusätzliche oder alternative Quelle Angehörige/Bezugsperson, Hausarzt/Hausärztin bzw. Krankenhausakte ausgewählt werden.

Des Weiteren sind unter vorgesehene Zeitpunkte, selbige bei jedem Assessment gelistet (siehe auch Übersichtstabelle Studienplan).

Inhaltsverzeichnis

[Studieneinschluss 4](#_Toc191885250)

[Allgemeine Angaben zu jedem Erhebungszeitpunkt 5](#_Toc191885251)

[Präoperative Assessments mit der/dem Teilnehmer:in 8](#_Toc191885252)

[Identifying Seniors at Risk (ISAR) 8](#_Toc191885253)

[Schmerzen: Numeric Rating Scale – Pain 9](#_Toc191885254)

[Barthel-Index (BI) 10](#_Toc191885255)

[4A’s Test (4AT): Bewertung von Delir und kognitiven Einschränkungen 12](#_Toc191885256)

[Prä- oder postoperative Assessments mit der/dem Teilnehmer:in 14](#_Toc191885257)

[Soziodemographie 14](#_Toc191885258)

[Sozialanamnese 15](#_Toc191885259)

[Montreal Cognitive Assessment 5 Minutes (MoCa 5-min) 18](#_Toc191885260)

[Selbstbezogene Gesundheitsfragen 20](#_Toc191885261)

[Patientenzentrierte Fragen 21](#_Toc191885262)

[Patient Health Questionnaire (PHQ-4) 23](#_Toc191885263)

[Nutrition Risk Screening 24](#_Toc191885264)

[Dysphagie 25](#_Toc191885265)

[Rauchverhalten 25](#_Toc191885266)

[Multimedikation 25](#_Toc191885267)

[Sensorik 25](#_Toc191885268)

[Stürze 26](#_Toc191885269)

[Harnkontinenz 26](#_Toc191885270)

[Lebensqualität: EQ – 5d – 5 27](#_Toc191885271)

[Lebensqualität EQ5 VAS 29](#_Toc191885272)

[Charité Mobilitäts-Index (CHARMI) 30](#_Toc191885273)

[Life Space: New Mobility Index 31](#_Toc191885274)

[Clinical Frailty Scale (CFS) 32](#_Toc191885275)

[Entlasszeitpunkt Einschätzung Geriater:in 34](#_Toc191885276)

[Daten primär aus der Patientenakte 35](#_Toc191885277)

[Details stationärer Aufenthalt 35](#_Toc191885278)

[Vitalparameter 37](#_Toc191885279)

[Komorbiditäten 1 38](#_Toc191885280)

[Komorbiditäten 2 40](#_Toc191885281)

[Größe und Gewicht 41](#_Toc191885282)

[Wunden und Dekubiti 42](#_Toc191885283)

[Laborwerte 43](#_Toc191885284)

[Medikamentenplan 44](#_Toc191885285)

[Allgemeine Angaben zur Entlassung 45](#_Toc191885286)

[Telefonischer Fragebogen Follow-up nach 90d 46](#_Toc191885287)

[Sozialanamnese Follow-up 46](#_Toc191885288)

[Medizinischer Verlauf 49](#_Toc191885289)

[CSSRI Fragebogen (adaptiert) 51](#_Toc191885290)

[Fragen an den Hausarzt/die Hausärztin: 65](#_Toc191885291)

[Telefonischer Fragebogen Follow-up nach 12-18 Monaten (T7) 66](#_Toc191885292)

[Allgemeine Angaben zum Erhebungszeitpunkt 66](#_Toc191885293)

[CSSRI Fragebogen (adaptiert) 68](#_Toc191885294)

[Lebensqualität: EQ – 5D – 5L 76](#_Toc191885295)

[Lebensqualität EQ – VAS 78](#_Toc191885296)

[Barthel-Index (BI) 79](#_Toc191885297)

[Life Space: New Mobility Score 81](#_Toc191885298)

[Charité Mobilitäts-Index (CHARMI) 82](#_Toc191885299)

[Zeitunabhängige Datenerhebung aus Patientenakte 83](#_Toc191885300)

[Trigger für Fehler und unerwünschte Ereignisse 83](#_Toc191885301)

[Beurteilung medizinische Entlassberichte 92](#_Toc191885302)

[Sensor 93](#_Toc191885303)

# Studieneinschluss

Studienkürzel label OKIE

Bearbeitungszustand state Entlassen; Dropout; Abgeschlossen

(nur zu internen Berechnungen nötig gewesen)

**Patienten-ID** id

**Fachabteilung** station☐ AVC AVC

☐ UCH UCH

☐ URO URO   
☐ TEST TEST

Assessor admission\_assessor

**Studieneinschluss** Datum admission\_date Uhrzeit admission\_time

\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ TT:MM:JJJJ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ hh:mm

**Geplantes Operationsdatum** Datum operationdate Uhrzeit operationtime

\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ TT:MM:JJJJ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ hh:mm

**Patientendaten**

**Geschlecht** sex ☐ Weiblich 0☐ Männlich 1

**Geburtsdatum** birthday\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ JJJJ (nicht in Datenbank gespeichert)

**Alter bei Studieneinschluss** \_\_ \_\_ Jahre

errechnet adm\_age 70-130

**Einverständniserklärung**

**liegt vor von...** eve☐ Teilnehmer:in 1☐ Betreuer:in 2 ☐ liegt nicht vor 0   
=> **Ohne Einverständniserklärung kann kein Einschluss stattfinden!**

**Schweigepflichtentbindung**

**liegt vor für...** secrecy☐ Angehörige und Hausärzte 1☐ NUR Angehörige 2 ☐ NUR Hausärzte 3☐ liegt nicht vor 0   
=> **Ohne Schweigepflichtentbindung keine Befragung von Angehörigen und/oder Hausärzten möglich!**

# Allgemeine Angaben zu jedem Erhebungszeitpunkt

**Konnte die Befragung stattfinden?** {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_missing

**T6: Hinweis für Interviewer:in:**

* Bitte weisen Sie die Teilnehmer zu Beginn darauf hin, dass die telefonische Befragung ca. 30 Minuten dauern wird.
* Bitten Sie die Teilnehmer vor Beginn der Befragung, evtl. vorhandene Hörgeräte einzusetzen (und anzuschalten).
* Nennen Sie dem/der Teilnehmer/in den Namen der Klinik und den Ort, von dem Sie anrufen (auch bei Anruf aus dem „Homeoffice“ trotzdem Namen und Ort der Klinik nennen!). Erinnern Sie daran, dass er/sie dort in der Klinik war und die ersten Befragungen ebenfalls dort stattgefunden haben.

Ja 0

**Nur T6:** **Befragung kann stattfinden** followup\_source

☐ telefonische Befragung der Teilnehmer:in (bzw. Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r) 0

☐ telefonische Befragung der Teilnehmer:in und einer Bezugsperson 1

☐ telefonische Befragung der Bezugsperson der Teilnehmer:in 2

**Bemerkungen zum Interview:** followup\_note

☐ Befragung komplett ohne Unterbrechung durchgeführt 0

☐ Befragung komplett mit Unterbrechung durchgeführt 1

☐ Befragung teilweise durchgeführt/vorzeitig abgebrochen 2

Wenn nicht komplett durchgeführt, bitte Grund angeben:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ followup\_interruption\_reason

Nein 1

Grund: {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_missing\_reason

☐ Teilnehmer:in lehnt Befragung ab 0

☐ Teilnehmer:in ist nicht in der Lage für eine Befragung 1

☐ Termin konnte für diesen Zeitraum nicht vereinbart werden 2

☐ Teilnehmer:in nicht erreichbar 3

☐ Drop-out 4

**Drop-out?** dropout

0=Nein

1=Ja

**Datum des Drop-outs** dropout\_date

\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ TT:MM:JJJJ

**Zeitpunkt des Dropouts** dropout\_slot

preop, discharge, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup

**Wenn Drop-out, Grund:** dropout\_reason

☐ Teilnehmer:in bzw. Betreuer:in bricht Studie ab 0

☐ Teilnehmer:in verstorben 1

☐ Andere Gründe: 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dropout\_comment

☐ Teilnehmer:in verlangt Löschung der Daten deletion

0=Nein

1=Ja **=> Bitte Studienzentrale informieren, Teilnehmer:in wird aus der Datenbank gelöscht**

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_missing\_assessor

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_missing\_date

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_missing\_comment

**Interviewer**

Initialen \_\_\_ \_\_\_ {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_assessor

**Datum der Erhebung**

Datum Uhrzeit Start Uhrzeit Ende **Dauer der Erhebung in Minuten**

Erhebung \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3, start\_{preop, end\_{preop, postop\_5,postop\_7,followup}\_duration

postop\_5,postop\_7,followup}\_timestamp postop\_1, postop\_1,

discharge\_date postop\_3, postop\_3,

discharge\_time postop\_5, postop\_5,

postop\_7} postop\_7}

**NUR T6 Follow-up: Manuelle Eingabe Erhebungszeitpunkt:** \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ Uhr

followup\_manualdate followup\_manualtime

**ACHTUNG:**

Da der **Zeitpunkt** der jeweiligen Befragung nur durch die *timestamp* Variablen erfasst wurde und bei Datenkorrekturen und Änderungen sich automatisch aktualisiert hat, wurden anhand des OP Zeitpunktes und der Datumsvariablen in den einzelnen Assessments folgende neue Variablen erstellt:

- planmäßiges Datum der Ts:

postop\_1\_date\_soll, postop\_3\_date\_soll, postop\_5\_date\_soll, postop\_7\_date\_soll und followup\_date\_soll(+-7d)

- tatsächlich durchgeführtes Datum der Ts:

preop\_date\_ist, postop\_1\_date\_ist, postop\_3\_date\_ist, postop\_5\_date\_ist, postop\_7\_date\_ist und followup\_date\_ist

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_completeness

{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_comment

**Bedingungen während der Erhebung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Station**  {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7,followup}\_station | **Genauer Ort**  {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7,followup}\_location |
| Normalstation (UCH, AVC oder URO) 0  Hochschulambulanz 1  Intensivstation 2  PACU (Post Anaesthesia Care Unit) 3  Sonstige/Kommentar: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Patientenzimmer 0  Separater Untersuchungsraum 1  Station/Gang 2  Telefonisches Follow-up 3  Sonstige/Kommentar: 98 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Störungen**  {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7,followup}\_distraction | **Weitere Personen**  {preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7,followup}\_futher\_person |
| Keine Störungen 0  Leichte Störungen Gang (z.B. Zimmernachbar redet leise während Untersuchung) 1  Starke Störungen (z.B. beständige Hintergrundgeräusche) 2  Sonstige/Kommentar: 98 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Keine weiteren Personen 0  Angehörige/Bezugsperson/en 1  Zimmernachbar/n 2  Krankenhauspersonal 3  Sonstige/Kommentar: 98 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Isolationsstatus**  isolation\_{preop,discharge,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7,followup}  *Details zum Isolationsstatus im Format*  *Keime;Details\_MRGN;Details\_VRE*  Aktuell Isolation bei multiresistenten und infektiösen Keimen mit |  |  |
| ☐ MRSA 0  ☐ 4 MRGN 1  ☐ 3 MRGN 2 => Wo: ☐ Urin 0 ☐ Rektum 1 ☐ Sonstiges: 98 \_\_\_\_\_  ☐ VRE 3 => Wo: ☐ Urin 0 ☐ Rektum 1 ☐ Sonstiges: 98 \_\_\_\_\_  ☐ Clostridium difficile 4  ☐ Norovirus 5  ☐ SARS- CoV 2 6  Sonstige/Kommentar: 98 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Ist der Patient auf Isolationsstation?** isolation  0=Nein  1=Ja |  |  |

**NUR T6 Follow-up:**

**Wenn ein/e Teilnehmer:in nicht erreichbar war für die Befragung, bitte 5 Kontaktversuche angeben (diese müssen mindestens an 3 unterschiedlichen Tagen und zu mindestens 3 unterschiedlichen Tages-/Uhrzeiten stattfinden):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Datum und Uhrzeit** | **Art (Mehrfachauswahl möglich) / Kommentar** |
| 1. | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ tt.mm.jjjj; hh:mm | ☐ Handy ☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2. | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ tt.mm.jjjj; hh:mm | ☐ Handy ☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3. | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ tt.mm.jjjj; hh:mm | ☐ Handy ☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ tt.mm.jjjj; hh:mm | ☐ Handy ☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ \_\_\_:\_\_\_ tt.mm.jjjj; hh:mm | ☐ Handy ☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Versuche Teilnehmer:in zu kontaktieren**

followup\_missing\_attempts "assessor: Datum Uhrzeit via Handy/Festnetz/Mail/Sonstiges;assessor..."

# Präoperative Assessments mit der/dem Teilnehmer:in

## Identifying Seniors at Risk (ISAR)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  isar\_source (Variable nach kurzer Zeit ausgeblendet, unvollständig) | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.1 Präoperativ  isar\_date | isar\_completeness  isar\_assessor  isar\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Bitte gehen Sie die folgenden Fragen zusammen mit dem Patienten/der Patientin durch und kreuzen Sie JA oder NEIN an. Zählen Sie anschließend alle mit JA beantworteten Fragen zusammen und schreiben Sie die Summe in das dafür vorgesehene Feld.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Bitte Ankreuzen** |  |
| **Hilfebedarf** isar\_1   1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **Akute Veränderung des Hilfebedarfs** isar\_2   1. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **Hospitalisation** isar\_3   1. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **Sensorische Einschränkung** isar\_4   1. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **Kognitive Einschränkungen** isar\_5   1. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **Multimorbidität** isar\_6   1. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein? | JA 1  NEIN 0 | 1  0 |
| **SUMME:** errechnet isar | | 0-6 |

## Schmerzen: Numeric Rating Scale – Pain

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer** 0  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  pain\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7, followup} \_source  (Variable pain\_preop nach kurzer Zeit ausgeblendet, unvollständig) | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.1 Präoperativ  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  pain\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7,followup}\_date | pain\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7,followup}\_ completeness  pain\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7,followup}\_assessor  pain\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7,followup}\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Markieren Sie die Antwort mit einem Kreuz.

***„Im Folgenden möchte ich Sie zu ihren aktuellen Schmerzen befragen.“***

1. **„Wie stark sind Ihre derzeitigen Schmerzen auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz)?“** pain\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup} 0-10

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 |
| 0 | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | 10 |
| Kein  Schmerz | | Moderater  Schmerz | | | | | | | | | Stärkster vorstellbarer Schmerz | |

## Barthel-Index (BI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in (Einschätzung SN)** 0  Angehörige/Bezugsperson (Einschätzung SN) 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,  postop\_7,followup}\_source  (Variable bi\_prior\_source und bi\_preop\_source nach kurzer Zeit ausgeblendet, nicht vollständig) | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.1 Präoperativ  T0.2 Präoperativ **zusätzlich retrospektiv vor 2 Wochen durch TN/Ang!**  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  bi\_{prior,preop,postop\_1, postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_date | bi\_{prior,preop,postop\_1, postop\_3,postop\_5,postop\_7, followup}\_completeness  bi\_{prior,preop,postop\_1, postop\_3,postop\_5,postop\_7, followup}\_assessor  bi\_{prior,preop,postop\_1, postop\_3,postop\_5,postop\_7, followup}\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Wenn der Fragebogen mit dem/der Teilnehmer:in nicht oder nicht komplett durchgeführt werden konnte, werden die noch offenen Fragen mit der Vertrauensperson und ggf. der Pflegekraft oder aus der Krankenakte erhoben! Bitte Beurteilungsbogen "Barthel-Index" verwenden

Bitte beachten: Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Markieren Sie die zutreffende Einstufung in folgender Tabelle.

**Retrospektiv die letzten zwei Wochen:**

***"Ich werde Ihnen im Folgenden einige Fragen zu Ihrer Selbstständigkeit im Alltag (z. B. Essen, Körperpflege) stellen und bitte Sie mir zu sagen, welche Antworten auf Sie am ehesten zutreffen. Folgende Fragen zur Selbstständigkeit beziehen sich auf die Situation vor zwei Wochen.“***

**Aktuelle Situation:**

***"Ich werde Ihnen im Folgenden einige Fragen zu Ihrer Selbstständigkeit im Alltag (z. B. Essen, Körperpflege) stellen und bitte Sie mir zu sagen, welche Antworten auf Sie am ehesten zutreffen. Folgende Fragen zur Selbstständigkeit beziehen sich auf die aktuelle Situation.“***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ESSEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_1 | | |
|  | 10 | Komplett selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung |
|  | 5 | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung |
|  | 0 | Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung |
| 1. **AUFSETZEN UND UMSETZEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_2 | | |
|  | 15 | Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück |
|  | 10 | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) |
|  | 5 | Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) |
|  | 0 | Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert |
| 1. **SICH WASCHEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_3 | | |
|  | 5 | Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren |
|  | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| 1. **TOILETTENBENUTZUNG** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_4 | | |
|  | 10 | Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung |
|  | 5 | Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich |
|  | 0 | Benutzung faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl |
| 1. **BADEN/DUSCHEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_5 | | |
|  | 5 | Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen |
|  | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| 1. **AUFSTEHEN UND GEHEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_6 | | |
|  | 15 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen |
|  | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen |
|  | 5 | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen.  Alternativ: Im Wohnbereich komplett selbstständig mit Rollstuhl |
|  | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| 1. **TREPPENSTEIGEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_7 | | |
|  | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen |
|  | 5 | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. Ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen |
|  | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| 1. **AN- UND AUSKLEIDEN** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_8 | | |
|  | 10 | Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus |
|  | 5 | Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind |
|  | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| 1. **STUHLKONTROLLE** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_9 | | |
|  | 10 | Ist stuhlkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung |
|  | 5 | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung |
|  | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent |
| 1. **HARNKONTROLLE** bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup}\_10 | | |
|  | 10 | Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK komplett selbstständig mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) |
|  | 5 | Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems |
|  | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent |
|  | | |
| **\_\_\_\_**  0-100 | | **GESAMTPUNKTZAHL** errechnet bi\_{prior,preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,followup} |

## 4A’s Test (4AT): Bewertung von Delir und kognitiven Einschränkungen

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson (Frage 4) 1  Krankenhausakte (Frage 4) 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5, postop\_7}\_source  (Variable 4at\_preop nach kurzer Zeit ausgeblendet, nicht vollständig)  **alle 4at… Variablen  umbenannt in SAS: \_4at…** | | | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.1 Präoperativ  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3, postop\_5,postop\_7}\_date | 4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,  postop\_5,postop\_7}\_completeness  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,  postop\_5,postop\_7}\_assessor  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,  postop\_5,postop\_7}\_comment | | |
| ***„Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen zu Ihrer Orientierung und Konzentration stellen. Diese Aspekte***  ***sind für uns wichtig zu prüfen, da sie sich im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts verschlechtern können.“*** | | | | | | |
|  | | | | | **Bitte Ankreuzen** | |
| **[1] Wachheit** 4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7}\_1  Dieser Punkt soll auch bei schwer erweckbaren, schläfrigen oder agitierten/hyperaktiven Patienten angewendet werden. Beobachten Sie den Patienten. Wenn sie/er schläft, versuchen Sie sie/ihn durch Ansprache oder durch eine Berührung an der Schulter aufzuwecken. Fragen Sie etwa nach dem Namen und der Adresse, um die Beurteilung zu erleichtern. | | | | | |  |
|  | | Normale Reaktion (komplett aufmerksam, nicht agitiert).  Weniger als 10 Sekunden schläfrig, dann normal.  Deutlich unnormale Reaktion. | | | | ☐ 0  ☐1=0 Punkte  ☐ 4 |
| **[2] Orientierung** 4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7}\_2  Korrekte Nennung von Alter, Geburtsdatum, aktuellem Ort (Name der Klinik, des Gebäudes), aktuellem Kalenderjahr. | | | | | |  |
|  | | Fehlerfrei.  1 Fehler.  2 oder mehr Fehler. | | | | ☐ 0  ☐ 1  ☐ 2 |
| **[3] Aufmerksamkeit** 4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7}\_3  Fordern Sie den Patienten auf: „Nennen Sie mir die Monate eines Jahres rückwärts, beginnend mit Dezember.“ Zum Verständnis der Aufgabe ist als Hilfestellung die Frage: „Welcher Monat kommt vor dem Dezember?“, etc. erlaubt.  *Hinweis Interviewer:in: Bitte die Reihenfolge der genannten Monate eintragen*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Dez | Nov | Okt | Sep | Aug | Jul | Jun | Mai | Apr | März | Feb | Jan | | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | | | | | | |  |
|  | | Nennung von sieben oder mehr Monaten in korrekter Reihe.  Beginnt, erreicht aber nicht sieben Monate, keine Compliance.  Nicht durchführbar (sediert/fehlende Wachheit, Unwohlsein). | | | | ☐ 0  ☐ 1  ☐ 2 |
| **[4] Akute oder fluktuierende Symptomatik** 4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7}\_4  Hinweis auf deutliche Änderung oder wechselnde Symptome bezüglich Wachheit oder Wahrnehmung, (z.B. auch Wahn, Halluzinationen) die innerhalb von zwei Wochen begannen und in den vergangenen 24 Stunden noch bestanden. | | | | | |  |
|  | Nein.  Ja.  **Wenn Ja, Informationsquelle zu [4]:**  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7}\_5  *(Mehrfachnennungen möglich)*  Fluktuationen im aktuellen Gespräch  Vordokumentation (inkl. vorausgehendes Assessment)  Fremdanamnese (Med. Personal/Angehörige)  Hinweise auf Wahn/Halluzinationen | | | | | ☐ 0  ☐ 4    ☐ 0  ☐ 1  ☐ 2  ☐ 3 |
|  | |  | | | |  |
| **4AT SCORE** errechnet **\_\_\_\_ 0-12**  4at\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7} | | | | | | |

**Hinweise**

Punkte [1]–[3] sind ausschließlich bezogen auf die Beobachtung des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung.   
**Punkt [4] erfordert Informationen aus anderen Quellen, z.B. der Anamnese, dem Verlauf, anderem medizinischen Personal, das den Patienten kennt (Pflegekraft), Arztbriefe, Verlaufsdokumentationen, häusliche Pflegekräfte.** Der Untersuchende sollte bei der Untersuchung und der Beurteilung der Ergebnisse auf Kommunikationsbarrieren achten (Hörbeeinträchtigung, Dysphasie, fehlende Sprachkenntnisse).

* **[1] Wachheit:** Bei einer Veränderung der Wachheit im Kontext eines Krankenhausaufenthaltes handelt es sich sehr wahrscheinlich um ein Delir. Wenn der Patient eine deutlich veränderte Wachheit während der Untersuchung aufweist, wird bei diesem Punkt der Wert 4 vergeben.
* **[4] Akute Veränderungen oder fluktuierender Verlauf:** Bei Einzelformen von Demenz kann es zu fluktuierenden Veränderungen kommen, ohne dass ein Delir vorliegen muss. Ausgeprägte fluktuierende Symptome sind aber bezeichnend für ein Delir. Um Halluzinationen oder wahnhafte Gedanken zu eruieren, fragen Sie den Patienten z.B. “Beunruhigt Sie irgendetwas hier?”, “Haben Sie Angst vor irgendwem oder irgendetwas?“ „Haben Sie irgendetwas Seltsames gesehen oder gehört?“.

# Prä- oder postoperative Assessments mit der/dem Teilnehmer:in

## Soziodemographie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  sociodemographic\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  sociodemographic\_date | sociodemographic\_completeness  sociodemographic\_assessor  sociodemographic\_comment |

***„Ich möchte nun etwas über Ihre Lebensumstände erfahren“***

1. **Was ist Ihr aktueller Familienstand?** sociodemographic\_marital

In Ehe/Partnerschaft lebend 0

Ledig 1

Geschieden oder in Trennung lebend 2

Verwitwet 3

1. **Welche Nationalität haben Sie?** sociodemographic\_nationality

Deutsch 0

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sociodemographic\_other\_nat

1. **Haben Sie Kinder?** sociodemographic\_children

Ja 1 – Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_ Kind(er) sociodemographic\_num**\_**children

Nein 0

## Sozialanamnese

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: social\_source  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  social\_date (TT.MM.JJJJ) | social\_completeness  social\_assessor  social\_comment |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Haben Sie einen Pflegegrad?**   social\_grade | Ja, 1 Pflegegrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1-5) social\_gradelevel 1-5  Nein 0  Beantragt 98  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Wo leben Sie?**   social\_accomodation | Haus 0  Wohnung 1  Betreutes/seniorengerechtes Wohnen in Einzelwohnen 2  Betreutes/seniorengerechtes Wohnen in Wohngemeinschaft 3  Seniorenheim 4  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes:98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_accomodation | |
| 1. **Mit wem leben Sie zusammen?**   social\_living | Allein 0  (Ehe-)Partner/Partnerin 1  (Enkel-)Kindern 2  Sonstige Familienangehörige 3  Haushaltshilfe 4  24h-Pflegekraft 5  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_living | |
| 1. **Müssen Sie eine Treppe steigen, um in Ihre Wohnung/ Ihr Haus zu kommen?**   social\_stairs | Ja, 1 ca. \_\_\_\_ Stufen social\_num\_stairs  Es ist vorhanden: social\_lift  Aufzug 0  Treppenlift 1  Aufzug und Treppenlift 2  Nein 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_stairs | |
| 1. **Müssen Sie regelmäßig innerhalb Ihrer Wohnung/ Ihres Hauses Treppen steigen, z.B. um das Bade- oder Schlafzimmer zu erreichen?**   social\_indoor\_stairs | Ja 1  Nein 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Soziale Kontakte**    1. **Mit wie vielen Angehörigen und/oder Freunden/ Bekannten haben Sie regelmäßig Kontakt?** social\_contacts | Mit \_\_\_\_\_\_Menschen. social\_num\_contacts 0-x  Keine regelmäßigen Kontakte 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| * 1. **Wie oft haben Sie persönlichen Kontakt mit ihren Familienmitgliedern oder Freunden?** social\_freq | Nie 0  Täglich 1  2-3x pro Woche 2  Mehrmals pro Monat 3  Seltener 4  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_freq  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Welche Hilfsmittel nutzen Sie?** (Mehrfachnennungen möglich) social\_tools   *comma separated string* | Rollstuhl 0  Gehstock 1  Unterarmgehstütze (Krücke) 2  Rollator 3  Hausnotruf 4  Haltegriffe 5  Toilettensitzerhöhung 6 | Toilettenstuhl 7  Duschhocker 8  Badewannenlift 9  Pflegebett 10  Dekubitusmatratze 11  Heim-O2 12 |
|  | Keine 97  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
|  | Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_tools | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Erhalten Sie Hilfe bei der alltäglichen Versorgung?** (Mehrfachnennungen möglich) social\_help | Ja, 1 von social\_help\_from  Pflegedienst (ambulant) 1  Partner/Partnerin 2  Angehörige 3  Freunde 4  24h- Pflegekraft 5  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_help  Nein, ich erhalte keine Hilfe. 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 |
| 1. **Wenn bei 8. „Ja“ angegeben wurde: Wobei erhalten Sie Hilfe?** (Mehrfachnennung möglich) social\_help\_with   *comma separated string* | Waschen: \_\_\_ x/Woche 1:X  Baden/Duschen: \_\_\_ x/Wo 2:X  Anziehen: \_\_\_ x/Wo 3:X  Kochen: \_\_\_ x/Wo 4:X  Wohnung putzen: \_\_\_ x/Wo 5:X  Einkaufen: \_\_\_ x/Wo 6:X  Medikamente richten: \_\_\_ x/Wo 7:X  Medikamente einnehmen: \_\_\_ x/Wo 8:X  Arztbesuche: \_\_\_ x/Monat 9:X  Andere: 98  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_help\_with  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 |

## Montreal Cognitive Assessment 5 Minutes (MoCa 5-min)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer erlaubt  **Teilnehmer:in** 0  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  moca\_{preop,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  moca\_{preop,followup}\_date | moca\_{preop,followup}\_completeness  moca\_{preop,followup}\_assessor  moca\_{preop,followup}\_comment |

***"Als nächstes habe ich Ihnen ein paar Denkaufgaben mitgebracht. Ich darf Ihnen bei diesen Aufgaben keine Rückmeldung geben, ob es richtig oder falsch ist, deshalb geben Sie mir bitte einfach Bescheid, wenn wir mit der nächsten Aufgabe weitermachen sollen."***

**1. Aufmerksamkeit**

Hinweis Interviewer:in: Lesen Sie die komplette folgende Wortliste laut vor uns lassen Sie den Patienten/die Patientin die Wörter wiederholen. Bitte markieren Sie, welche Wörter korrekt wiederholt wurden. Etwas verzögert soll der Patient/die Patientin die Worte erneut wiederholen, dieser zweite Durchgang wird nicht gewertet.

***"Ich werde Ihnen eine Liste von Wörtern vorlesen, die Sie sich merken und später wieder erinnern sollen. Hören Sie bitte aufmerksam zu. Sobald ich fertig bin, nennen Sie mir alle Wörter, an die Sie sich erinnern können. Dabei ist es egal, in welcher Reihenfolge Sie diese nennen.“***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gesicht 0 | Samt 1 | Kirche 2 | Tulpe 3 | Rot 4 |
| 1. Durchgang | 1 | 1 | ☐ 1 | ☐ 1 | ☐ 1 |

Teilnehmer:in verweigert diese Frage refused

Genannte Begriffe: moca\_{preop,followup}\_1 (0,1,2,3,4, refused)  
Berechnete Punkte: moca\_{preop,followup}\_1\_p (0,1,2,3,4,5, refused)

***„Ich werde Sie am Ende des Tests noch einmal bitten, alle diese Wörter zu nennen. Bitte wiederholen Sie diese jetzt erneut, um sie im Gedächtnis zu festigen"***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gesicht | Samt | Kirche | Tulpe | Rot |
| 2. Durchgang | Nicht gewertet | | | | |

**2. Sprache/Wortflüssigkeit**

Hinweis Interviewer:in: Bitten Sie den Patienten/die Patientin innerhalb von einer Minute möglichst viele Tiernamen zu nennen. Jedes korrekt benannte Tier Wort gibt 0,5 Punkte bis zu einem Maximum von 9 Punkten. Es dürfen keine Begriffe doppelt genannt werden. Bitte setzen Sie für jeden korrekten Begriff ein Kreuz. Stoppuhr 60s Zeit nehmen.

***"Nennen Sie mir so viele Tiernamen wie möglich. Sie haben eine Minute Zeit. Machen Sie solange weiter, bis ich Stopp sage. Und los!***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0,5 | 1 | 1,5 | 2 | 2,5 | 3 | 3,5 | 4 | 4,5 | 5 | 5,5 | 6 | 6,5 | 7 | 7,5 | 8 | 8,5 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |

***„Stopp! Okay, vielen Dank, dann kommen wir zur nächsten Aufgabe.“***

Teilnehmer:in verweigert diese Frage refused

Genannte Begriffe: moca\_{preop,followup}\_2 (0-18, refused)   
Berechnete Punkte: moca\_{preop,followup}\_2\_p (0-9, refused)

1. **Orientierung**

*Hinweis für Interviewer:in: Fragen Sie nach dem aktuellen Datum (Tag, Monat, Jahr), dem Wochentag, dem Ort und der Stadt. Jede korrekte Antwort gibt 1 Punkt. Bitte setzen Sie für jede korrekte Antwort ein Kreuz. Wenn zuvor zum gleichen Erhebungszeitpunkt der 4AT erhoben wurde, können die dort gegebenen Antworten zu Ort und Kalenderjahr übernommen werden.*

***„Nennen Sie mir das ganze Datum des heutigen Tages.“***

Wenn nicht komplettes Datum genannt, dann weiter fragen:

***„Nennen Sie mir bitte das exakte Datum mit Monat, Jahr und Wochentag.“***

***„Nun nennen Sie mir bitte den Namen des Ortes (jeweiliges Krankenhaus) und der Stadt, in der wir gerade sind.“***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tag 0 | Monat 1 | Jahr 2 | Wochentag 3 | Ort 4 | Stadt 5 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Teilnehmer:in verweigert diese Frage refused

Genannte Begriffe: moca\_{preop,followup}\_3 (0-5, refused)   
Berechnete Punkte: moca\_{preop,followup}\_3\_p (0-6, refused)

**4. Gedächtnis**

Hinweis für Interviewer:in: Bitten Sie den Patienten/die Patientin, die zu Beginn genannten Begriffe erneut zu wiederholen. Jede korrekte Antwort gibt 2 Punkte.

Für fehlende Begriffe dürfen Sie Kategorie-Hinweise (Formulierung in der Tabelle) geben. Jede anschließende korrekte Antwort gibt 1 Punkt.

Bitte setzen Sie für jeden korrekten Begriff ein Kreuz (je nachdem, ob mit oder ohne Hinweis).

***"Zu Beginn habe ich Ihnen einige Wörter genannt, die Sie sich merken sollten. Bitte nennen Sie mir so viele Wörter wie möglich, an die Sie sich erinnern.“***

Teilnehmer:in verweigert diese Frage refused

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Gesicht 0 | Samt 1 | Kirche 2 | Tulpe 3 | Rot 4 |
| **Durchgang *(nach ca. 5min)*** Genannte Begriffe:  moca\_{preop,followup}\_4 (0-4, refused)  Berechnete Punkte:  moca\_{preop,followup}\_4\_p (0-10, refused) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| **Mit Kategorie-Hinweis:**  *„Unter den Wörtern war*  Genannte Begriffe:  moca\_{preop,followup}\_5 (0-4, refused)  Berechnete Punkte:  moca\_{preop,followup}\_5\_p (0-5, refused) | *ein Teil des Körpers 0* | *eine Stoffart 1* | *ein Gebäude 2* | *eine Blumenart 3* | *eine Farbe“ 4* |
|  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

**Auswertung** errechnet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Punkte** |  |
| 1. Aufmerksamkeit moca\_{preop,followup}\_1\_p 0-5 |  |  |
| 2. Sprache/Wortflüssigkeit moca\_{preop,followup}\_2\_p 0-9 |  |  |
| 3. Orientierung moca\_{preop,followup}\_3\_p 0-6 |  |  |
| 4. Gedächtnis moca\_{preop,followup}\_4\_p 0-10 |  |  |
| 4. Gedächtnis mit Hilfestellung moca\_{preop,followup}\_5\_p 0-5 |  |  |
| GESAMT  moca\_preop moca\_followup | 0-30 | / 30 Punkten |

Ein Bild, das Tisch enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

## Selbstbezogene Gesundheitsfragen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  selfcentered\_{preop,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  selfcentered\_{preop,followup}\_date | selfcentered\_{preop,followup}\_ completeness  **=> umbenannt in SAS: followup**  **selfcentered\_followup\_comp**  selfcentered\_{preop,followup}\_assessor  selfcentered\_{preop,followup}\_comment |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?** selfcentered\_{preop,followup}\_1 | Ausgezeichnet  Sehr gut  Gut  Weniger gut  Schlecht | 0  1  2  3  4 |
| 1. **Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?** selfcentered\_{preop,followup}\_2 | Überhaupt nicht  Ein bisschen  Mäßig  Ziemlich  Sehr | 0  1  2  3  4 |
| 1. **Wie häufig haben ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?** selfcentered\_{preop,followup}\_3 | Immer  Meistens  Manchmal  Selten  Nie | 0  1  2  3  4 |
| 1. **Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie die meisten Ihrer gesundheitlichen Probleme kontrollieren und bewältigen können?** selfcentered\_{preop,followup}\_4 | Sehr zuversichtlich  Eher zuversichtlich  Nicht besonders zuversichtlich  Ich habe keine Gesundheitsprobleme | 0  1  2  3 |
| 1. **Wenn Sie an Ihre Gesundheitsversorgung denken, wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu oder nicht zu?**   ***„Ich erhalte genau das, was ich will und brauche, genau dann und wie ich es will und brauche.“*** selfcentered\_{preop,followup}\_5 | Stimme voll und ganz zu  Stimme eher zu  Stimme eher nicht zu  Stimme ganz und gar nicht zu  Ich nehme keine Gesundheitsfürsorge in Anspruch | 0  1  2  3  4 |
|  |  |  |

## Patientenzentrierte Fragen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson  (nur Frage 3 und 4) 1  Krankenhausakte (nur Frage 3 und 4) 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  patientcentered\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  patientcentered\_date | patientcentered\_completeness  patientcentered\_assessor  patientcentered\_comment |

***„In diesem Abschnitt möchte ich Ihnen Fragen zu Ihren persönlichen Wünschen und Zielen an die Krankenhaus-behandlung stellen:“***

1. **Was sind ihre wichtigsten Anliegen und Wünsche an die aktuelle Behandlung im Krankenhaus?** patientcentered\_goal\_1

Hinweis Interviewer/in: Bitte versuchen Sie die Antwort der/des Patientin/en in eine der folgenden Kategorien einzuordnen, ggf. Mehrfachnennungen möglich. Sollte die Antwort zu keiner Kategorie passen, notieren Sie sie im Freitext. Sollte der/die Patientin/en mit der Frage nichts anfangen können, lesen Sie bitte die Kategorien einzeln vor: „Beispielhaft könnte ein Anliegen sein … oder … (Benennen der u.g. Kategorien). Können Sie sich in diesen Aussagen wiederfinden?“

☐ Verringerung der Belastung durch bestimmte Symptome, z.B. Schmerzen/Übelkeit/… 0

☐ Verlängerung von Lebenszeit 1

☐ Verhinderung von weiteren Erkrankungen (z. B. Schlaganfall) 2

☐ Minimierung von Medikamentennebenwirkungen 3

☐ Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Mobilität im Alltag, auch wenn dies eine längere Behandlung  
 erfordert 4

☐ Möglichst rasche Rückkehr in das gewohnte Lebensumfeld 5

☐ Erleben spezifischer Anlässe (z.B. Feiern des nächsten Geburtstags) 6

☐ Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ patientcentered\_other\_goal\_1

1. **Was erhoffen Sie sich persönlich mittelfristig nach dem aktuellen Krankenhausaufenthalt wieder als Aktivitäts-/Teilhabeziel tun zu können, was jetzt aktuell vielleicht nicht möglich ist?** patientcentered\_goal\_2

Hinweis Interviewer:in: Bitte versuchen Sie die Antwort der/des Patientin/en in eine der folgenden Kategorien einzuordnen, ggf. Mehrfachnennungen möglich. Sollte die Antwort zu keiner Kategorie passen notieren Sie sie im Freitext.

Sollte der/die Patient/in mit der Frage nichts anfangen können, lesen Sie bitte die Kategorien einzeln vor: „Beispielhaft könnte ein Ziel sein … oder … (Benennen der u.g. Kategorien). Können Sie sich in diesen Aussagen wiederfinden?“   
Sollte der/die Patient:in z.B. ein Funktionsziel angeben, z.B. „Ich will wieder laufen können“, dann Fragen Sie nach: „Warum möchten Sie dies wieder können? Was wollen Sie dann für Aktivitäten wieder tun?“, um das Aktivitäts- und Teilhabeziel zu erfahren.

☐ Selbstversorgung, z.B. selbstständig Einkaufen gehen können 0

☐ In der eigenen Wohnung mit Unterstützung leben können 1

☐ In der eigenen Wohnung ohne Unterstützung leben können 2

☐ Selbstständig die Toilette besuchen können 3

☐ Mit den (Ur-)Enkelkindern spielen können 4

☐ Den Partner/die Partnerin mit versorgen/pflegen können 5

☐ Berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit ausüben 6

☐ Hobbys und Freizeitaktivitäten ausüben 7

☐ Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ patientcentered\_other\_goal\_2

1. **Gibt es eine Person, die sie bei Gesundheitsthemen im Rahmen einer Vollmacht oder Betreuung unterstützt?** patientcentered\_person\_exists

Hinweis für den Interviewer:in: Vollmacht oder Betreuung umfasst hierbei eine General- oder Vorsorgevollmacht (inkl. Gesundheitsfürsorge), eine Betreuungsverfügung und eine gesetzliche Betreuung. Sollte der/die Patient/in mit den Begriffen nichts anfangen können, dann erläutern Sie: „z.B. eine Person die sich um Dinge für Sie kümmert und die Sie oder ein Gericht dazu schriftlich befugt haben“.

Ja 1

Nein, ich würde aber gerne jemanden benennen 2

Nein, möchte ich auch nicht 0

Weiß nicht/unklar 99

**Wenn Ja: Welches Dokument(e) existieren?** patientcentered\_docs

Vollmacht (z.B. General- oder Vorsorgevollmacht), die Gesundheitsfürsorge einbezieht 0

Gesetzliche Betreuung 1

Betreuungsverfügung 2

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ patientcentered\_other\_docs

**Liegt das entsprechende Dokument vor?** patientcentered\_docs\_present

Ja, liegt in der Klinik vor 1

Nein, liegt nicht vor 0

Weiß nicht/unklar 99

1. **Haben Sie eine Patientenverfügung erstellt?** patientcentered\_will\_exists

Ja, liegt in der Klinik vor 1

Ja, liegt nicht vor 2

Nein, will auch keine erstellen 0

Nein, würde aber gerne in der Klinik eine erstellen 3

Nein, würde aber gerne eine nach dem Klinikaufenthalt erstellen 4

Weiß nicht/unklar 99

## Patient Health Questionnaire (PHQ-4)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer erlaubt  **Teilnehmer:in** 0  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  phq4\_{prior,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ, **retrospektiv die letzten 2 Wochen!**  T6 Follow-up 90d (+/- 7d), **retrospektiv die letzten 2 Wochen!**  phq4\_{prior,followup}\_date | phq4\_{prior,followup}\_completeness  phq4\_{prior,followup}\_assessor  phq4\_{prior,followup}\_comment |
|  |  |  |

***„Bei den folgenden Fragen geht es um Ihre Stimmung. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Überhaupt nicht**  **0** | **An einzelnen Tagen**  **1** | **An mehr als der Hälfte der Tage**  **2** | **Beinahe jeden Tag**  **3** |
| 1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten  phq4\_{prior,followup}\_1 |  |  |  |  |
| 2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit  phq4\_{prior,followup}\_2 |  |  |  |  |
| 3. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung  phq4\_{prior,followup}\_3 |  |  |  |  |
| 4. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren  phq4\_{prior,followup}\_4 |  |  |  |  |

**Depression PHQ-4 Score** phq4\_{prior,followup} 0-12

**Einzelfragen zusammengefasst: Malnutrition, Dysphagie, Rauchen, Multimedikation, Sensorik, Stürze**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  individualqs\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  individualqs\_date | individualqs\_completeness  individualqs\_comment  individualqs\_assessor |

## Nutrition Risk Screening

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  malnutrition\_followup\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  malnutrition\_followup\_date | malnutrition\_completeness **malnutrition\_followup\_completeness**  **=> umbenannt in SAS: malnutrition\_followup\_comp**  malnutrition\_followup\_assessor malnutrition\_followup\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Der Nutrition Risk Score wird zum Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus angewendet. Bitte führen Sie nur das Folgende Vorscreening durch.

***„Im Folgenden möchte ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihrer Ernährung stellen:“***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **JA 1** | **NEIN 0** |
| 1. **Ist der Body Mass Index <20,5 kg/m2?** Errechnet siehe bmi\_preop und bmi\_followup |  |  |
| 1. **Hat die/der Teilnehmer:in in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?**   **„**Kam es in den letzten 3 Monaten zu einem Gewichtsverlust?“  malnutrition\_1 malnutrition\_followup\_1 |  |  |
| 1. **War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?**   **„**Haben Sie während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?“  malnutrition\_2 malnutrition\_followup\_2 |  |  |
| 1. **Ist die/der Teilnehmer:in schwer erkrankt (und muss auf einer Intensivstation behandelt werden)?** malnutrition\_3 malnutrition\_followup\_3   Hinweis Interviewer:in zu T0.2: Wenn Unsicherheit über die Erkrankungsschwere besteht, bitte Rücksprache mit Studienarzt/ärztin halten.  Hinweis Interviewer:in zu T6 Follow-up: In aller Regel schließt sich eine schwere Erkrankung aus, wenn sich die/der Teilnehmer:in nicht in einem Akutkrankenhaus aufhält. Bei Krankenhausaufenthalt ggf. Grund erfragen und bei Unsicherheit über die Erkrankungsschwere bitte Rücksprache mit Studienarzt/ärztin halten. |  |  |

**Malnutrition?** malnutrition malnutrition\_followup

0=Nein

1=Ja (wenn mind. eine der Fragen 1-4 mit Ja beantwortet wurden)

## Dysphagie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| dysphagia\_completeness |  |  |

1. **„Haben Sie Probleme mit dem Schlucken, z.B. Husten beim Trinken, bemerkt?“** dysphagia

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

## Rauchverhalten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| smoking\_completeness |  |  |

1. **„Rauchen Sie oder haben Sie früher einmal über längere Zeit geraucht?“** smoking

Hinweis Interviewer:in: Raucher umfasst auch Teilnehmer:innen, die aktuell im Krankenhaus nicht mehr rauchen, aber davor regelmäßig für >6 Monate geraucht haben.

☐ Ja, aktuell Raucher:in 1

☐ Ex-Raucher:in 2

☐ Nie-Raucher:in 0

## Multimedikation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  multimedication\_ {preop,followup\_}source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  multimedication\_ {preop,followup\_}date | multimedication\_{preop,followup\_}completeness  multimedication\_followup\_assessor  multimedication\_followup\_comment  **=> alle multimedication\_... Variablen  umbenannt in SAS: multimed\_...** |

1. **„Nehmen Sie außer den Medikamenten auf Ihrem Medikationsplan (diese bei Bedarf vorlesen) weitere Präparate ein, z.B. gegen Schmerzen oder zum Schlafen?“** multimedication\_{preop,followup\_}1

Hinweise Interviewer:in: Medikamentenname ausreichend, keine genaue Dosierung erforderlich. Auch nach der Einnahme von Vitaminpräparaten (z.B. Vitamin D) fragen.

Ja, 1 und zwar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ multimedication\_{preop,followup\_}2

Nein 0

## Sensorik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| sensors\_completeness |  |  |

1. **„Tragen Sie, außer zum Lesen, für gewöhnlich eine Brille?“** sensors\_1

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

1. **„Haben Sie Probleme mit dem Hören, wenn viele Menschen durcheinanderreden?“** sensors\_2

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

1. **„Tragen Sie für gewöhnlich ein Hörgerät?“** sensors\_3

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

## Stürze

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| falls\_completeness |  |  |

1. **„Wie oft sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?“** falls\_1

\_\_\_\_\_\_ mal 0-x

Weiß nicht 99

Teilnehmer:in verweigert Antwort 100

Teilnehmer:in kann nicht antworten 101

1. **„Waren Sie dabei schon einmal bewusstlos?“** falls\_2

☐ Ja 1

☐ Nein 0

Weiß nicht 99

Teilnehmer:in verweigert Antwort 100

Teilnehmer:in kann nicht antworten 101

1. **„Haben Sie Angst, dass Sie (erneut) stürzen könnten?“** falls\_3

Ja 1

Nein 0

Weiß nicht 99

Teilnehmer:in verweigert Antwort 100

Teilnehmer:in kann nicht antworten 101

## Harnkontinenz

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Teilnehmer:in0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  catheter\_{preop,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  catheter\_{preop,followup}\_date | catheter\_{preop,followup}\_completeness  catheter\_{preop,followup}\_assessor  catheter\_{preop,followup}\_comment |

1. **„Tragen Sie einen Blasenkatheter?“** catheter\_{preop,followup}\_1

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

**Nur T0.2:**

**Wenn Ja: „Haben Sie den Blasenkatheter schon vor der Aufnahme getragen?“** catheter\_preop\_2

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

## Lebensqualität: EQ – 5d – 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer erlaubt  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  eq\_{preop,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  eq\_{preop,followup}\_date | eq\_{preop,followup}\_completeness  eq\_{preop,followup}\_assessor  eq\_{preop,followup}\_comment |

**„Wir versuchen herauszufinden, was Sie über Ihre Gesundheit denken. Ich werde Ihnen fortlaufend erklären, was zu tun ist. Unterbrechen Sie mich bitte, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind nur an Ihrer eigenen Meinung interessiert.“**

**„Zuerst werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen. Jede Frage hat fünf Antwortmöglichkeiten. Sagen Sie mir bitte, welche Antwort Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.“**

**„Wählen Sie in jeder Fragengruppe nicht mehr als eine Antwort aus.“**

**1. BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT**

**„Zuerst möchte ich Sie zur Beweglichkeit beziehungsweise Mobilität befragen. Würden Sie sagen, dass …“** eq\_{preop,followup}\_1

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben herumzugehen? | 0 |
| 2. Sie l**eichte** Probleme haben herumzugehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben herumzugehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben herumzugehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind herumzugehen? | 4 |
|  |  |

**2. FÜR SICH SELBST SORGEN**

**„Als Nächstes möchte ich Sie dazu befragen, wie Sie für sich selbst sorgen. Würden Sie sagen, dass …“** eq\_{preop,followup}\_2

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 4 |

**3. ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN**

**„Als Nächstes möchte ich Sie über alltägliche Tätigkeiten, z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten, befragen. Würden Sie sagen, dass …“** eq\_{preop,followup}\_3

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 4 |

**4. SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN**

**„Als Nächstes möchte ich Sie zu den Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen. Würden Sie sagen, dass …“** eq\_{preop,followup}\_4

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 2 |
| 4. Sie **starke** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 3 |
| 5. Sie **extreme** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 4 |

**5. ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT**

**„Abschließend möchte ich Sie zur Angst oder Niedergeschlagenheit befragen. Würden Sie sagen, dass …“** eq\_{preop,followup}\_5

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **nicht** ängstlich oder deprimiert sind? | 0 |
| 2. Sie **ein wenig** ängstlich oder deprimiert sind? | 1 |
| 3. Sie **mäßig** ängstlich oder deprimiert sind? | 2 |
| 4. Sie **sehr** ängstlich oder deprimiert sind? | 3 |
| 5. Sie **extrem** ängstlich oder deprimiert sind? | 4 |

## Lebensqualität EQ5 VAS

Hinweis für Interviewer/in: Zeigen Sie dem Befragten die VAS-Skala bitte, wenn es eine persönliche Befragung ist.)

***„Nun möchte ich Sie gern bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.“***

***„Ich möchte, dass Sie versuchen, sich eine Skala vorzustellen, die wie ein Thermometer aussieht.“***

***„Die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist mit der Zahl 100 (Einhundert) am oberen Ende der Skala gekennzeichnet, und die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist am unteren Ende mit der Zahl 0 (Null) gekennzeichnet.“***

***„Ich möchte nun, dass Sie mir sagen, wo auf der Skala Sie Ihre Gesundheit HEUTE ansiedeln würden.“***

Hinweis für Interviewer/in: Kreuzen Sie die Skala an der Stelle an, die die Gesundheit des Befragten heute angibt. Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

GESUNDHEIT DES BEFRAGTEN HEUTE =

**VAS Score** eq\_preop\_vas 0-100

## Charité Mobilitäts-Index (CHARMI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  charmi\_{prior, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ **retrospektiv die letzten 2 Wochen!**  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) **als PROM**  charmi\_{prior,postop\_1,postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_date | charmi\_{prior, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_ completeness  charmi\_{prior, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_assessor  charmi\_{prior, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_ comment |

Hinweis Interviewer:in: Bitte wählen Sie aus der folgenden, hierarchisch sortierten, Liste, das jeweils beste selbstständig (=unabhängig von Hilfe) erfüllte Item und markieren Sie dies in der Verlaufstabelle mit Angabe des Erhebungsdatums. Hilfsmittel sind hierbei erlaubt. Rollstuhlmobilität wird separat kodiert.

Situation retrospektiv die letzten zwei Wochen:

***„Als nächstes möchte ich gerne mit Ihnen einschätzen wie mobil Sie Sie in den letzten zwei Wochen waren.“***

Aktuelle Situation:

***„Als nächstes möchte ich gerne mit Ihnen einschätzen wie mobil Sie sind. Bitte …. (machen Sie dies bzw. jenes)“***

***Wenn die/der Patient:in eindeutig bereits eine Tätigkeit kann, dann da beginnen (z.B. sie/er sitzt bereits für die Testung oder war bereits aufgestanden). Wenn keine Treppe in der Nähe ist, oder das gerade nicht möglich ist, dann abschätzen gemeinsam mit Patient:in. Im Zweifel (und wenn möglich) die echte Prüfung natürlich vorziehen.***

**Bewertung** charmi\_{prior, postop\_1, postop\_3, postop\_5, postop\_7, followup}\_{0-11}

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Datum** | **Datum** |
| 0 | Vollständige Immobilität |  |  |  |  |  |
| 1 | Transfers im Bett Von Rückenlage in Seitenlage |  |  |  |  |  |
| 2 | Sitz an der Bettkante ≥30s freier Sitz, Transfer darf unterstützt sein |  |  |  |  |  |
| 3 | Transfer an die Bettkante Transfer in Sitzposition |  |  |  |  |  |
| 4 | Transfer Bett in Stuhl |  |  |  |  |  |
| 5 | Aufstehen Aus Sitz- in Standposition und ≥30s halten |  |  |  |  |  |
| 6 | Gehen bis 10m Auf Zimmerebene |  |  |  |  |  |
| 7 | Gehen 10 bis 50m Auf Stations-/Wohnungsebene |  |  |  |  |  |
| 8 | Gehen über 50m Mit reduzierter Gehstrecke oder Ganggeschwindigkeit |  |  |  |  |  |
| 9 | Treppensteigen ≥ eine Etage |  |  |  |  |  |
| 10 | Volle Mobilität |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| 11 | Rollstuhlmobilität Selbstständige Rollstuhlbenutzung |  |  |  |  |  |

## Life Space: New Mobility Index

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  life\_space\_{prior,followup }\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ **(retrospektiv 2 Wo vor Aufnahme!)**  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  life\_{prior,followup }\_date | life\_space\_{prior,followup}\_ completeness  life\_space\_{prior,followup }\_assessor  life\_space\_{prior,followup }\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Der New Mobility Score ist ein Instrument, das dabei hilft, eine Prognose darüber zu treffen, inwieweit sich ein Klient/eine Klientin wieder selbstständig fortbewegen wird. Je höher der Score, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Person in den genannten Mobilitätsfähigkeiten wieder selbstständig wird.

Bitte fragen Sie den/die Teilnehmende, ob die folgenden Aktivitäten noch für ihn/sie machbar waren/sind und wenn ja, mit welcher Hilfestellung (Hilfsmittel oder personelle Hilfe).

**Retrospektiv die letzten zwei Wochen:**

***„Als nächstes möchte Ich von Ihnen wissen, ob sie bei einigen Aktivitäten Hilfe benötigen.***

***Wichtig ist: Es geht dabei um die Zeit etwa 2 Wochen vor der aktuellen Aufnahme.“***

***„Gelang Ihnen zu diesem Zeitpunkt …?“***

**Aktuelle Situation:**

***„Als nächstes möchte Ich von Ihnen wissen, ob sie bei einigen Aktivitäten Hilfe benötigen.***

***„Gelingt es Ihnen aktuell …?“***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilitätsaktivitäten** | **Ohne**  **Schwierigkeiten**  **3** | **Mit Hilfsmittel**  **2** | **Mit personeller Hilfe**  **1** | **Gar nicht**  **0** |
| 1. In der Wohnung gehen   life**\_**space\_{prior, followup}\_1 |  |  |  |  |
| 1. Nach draußen gehen   life**\_**space\_{prior, followup}\_2 |  |  |  |  |
| 1. Einkaufen gehen   life**\_**space\_{prior, followup}\_3 |  |  |  |  |

New Mobility Score (Life Space) life**\_**space\_{prior, followup} 0-9

## Clinical Frailty Scale (CFS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer erlaubt  **Teilnehmer:in (Einschätzung SN oder Geriater:in) 0**  cfs\_{prior,discharge\_}source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ, **retrospektiv die letzten 2 Wochen!**  T5 vor Entlassung (0-3d), **retrospektiv die letzten 2 Wochen!**  cfs\_{prior,discharge\_}date | cfs\_{prior,discharge\_}completeness  cfs\_{prior,discharge\_}assessor  cfs\_{prior,discharge\_}comment |

*Hinweis InterviewerIn: Bitte schätzen Sie zum Abschluss der Befragung den Grad der Gebrechlichkeit/Frailty (von 1 bis 9) des Patienten/der Patientin ein. Basieren Sie Ihre Einschätzung auf den Fähigkeiten, die die betreffende Person* ***vor ZWEI Wochen*** *hatte. Nutzen Sie für diese Einschätzung Ihre gewonnenen Erkenntnisse aus den vorausgehenden Assessments/Befragungen. Hierzu fragen Sie den Patienten/die Patientin, Angehörige, Pflegende, betreuende Personen und/oder Heimpersonal. Gründen Sie Ihre Einschätzung* ***NICHT auf den Ist-Zustand****, in dem sich die betreffende Person in der akuten Erkrankungsphase befindet.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1 Sehr fit**  Personen in dieser Kategorie sind robust, aktiv, voller Energie und motiviert. Sie trainieren üblicherweise regelmäßig und sind mit die Fittesten innerhalb ihrer Altersgruppe. |  |
|  | **2 Durchschnittlich aktiv**  Personen in dieser Kategorie zeigen **keine aktiven Krankheitssymptome**, sind aber nicht so fit wie Personen in Kategorie 1. Sie sind durchschnittlich aktiv oder **zeitweilig sehr aktiv**, z.B. saisonal. |  |
|  | **3 Gut zurechtkommend**  Die **Krankheitssymptome** dieser Personengruppe sind gut kontrolliert, aber außer Gehen im Rahmen von Alltagsaktivitäten **bewegen sie sich nicht regelmäßig**. |  |
|  | **4 Vulnerabel**  Auch wenn sie **nicht auf externe Hilfen im Alltag** angewiesen sind, sind Personen in dieser Kategorie **aufgrund ihrer Krankheitssymptome oft in ihren Aktivitäten eingeschränkt**. Häufig klagen sie über Tagesmüdigkeit und/oder berichten, dass Alltagsaktivitäten mehr Zeit benötigen. |  |
|  | **5 Geringgradig frail**  Personen in dieser Kategorie sind **offensichtlich in ihren Aktivitäten verlangsamt** und **benötigen Hilfe bei anspruchsvollen Alltagsaktivitäten**, wie finanziellen Angelegenheiten, Transport, schwerer Hausarbeit und im Umgang mit Medikamenten. Geringgradige Frailty beeinträchtigt das selbständige Einkaufen, Spazierengehen sowie die Essenszubereitung und Haushaltstätigkeiten. |  |
|  | **6 Mittelgradig frail**  Personen in dieser Kategorie benötigen **Hilfe bei allen außerhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung**. Im Haus haben sie oft Schwierigkeiten mit Treppen, **benötigen Hilfe beim Baden/Duschen** und eventuell Anleitung oder minimale Unterstützung beim Ankleiden. |  |
|  | **7 Ausgeprägt frail**  Personen in dieser Kategorie sind aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen bei der Körperpflege **komplett auf externe Hilfe angewiesen**. Dennoch sind sie **gesundheitlich stabil**. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie innerhalb der nächsten 6 Monate sterben, ist gering. |  |
| Ein Bild, das Text enthält.  Automatisch generierte Beschreibung | **8 Extrem frail**  **Komplett von Unterstützung abhängig und sich ihrem Lebensende nähernd**. Oft erholen sich Personen in dieser Kategorie auch von leichten Erkrankungen nicht. |  |
|  | **9 Terminal erkrankt**  Personen in dieser Kategorie haben eine **Lebenserwartung <6 Monate**. Die Kategorie bezieht sich auf Personen, die **anderweitig keine Zeichen von Frailty** aufweisen. |  |

Hinweis für Interviewer:in: **Klinische Einstufung von Frailty bei Personen mit Demenz**

Der Schweregrad der Frailty entspricht der Schwere der Demenz.

Typische Symptome einer **leichten Demenz** sind Vergesslichkeit bezüglich Details jüngster Ereignisse, auch wenn man sich an das Ereignis selbst noch erinnert, sowie das Wiederholen von Fragen und Gesagtem sowie sozialer Rückzug.

Bei **mittelgradiger Demenz** ist das Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, obwohl die Personen sich augenscheinlich noch gut an Ereignisse der Vergangenheit erinnern können. Die Körperpflege erfolgt selbstständig mit verbaler Unterstützung.

Personen mit **schwerer Demenz** sind nicht in der Lage, ihre Körperpflege ohne Hilfestellung auszuführen.

**Clinical Frailty Scale** cfs\_{prior,discharge} 1-9

## Entlasszeitpunkt Einschätzung Geriater:in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer erlaubt  **Teilnehmer:in, Studien und Krankenhausakte** 0  Studienakte und Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  discharge\_geriatrician\_source\_{0,1,2,3,4}  discharge\_geriatrician\_assessor\_{0,1,2,3,4}  discharge\_geriatrician\_comment\_{0,1,2,3,4}  Auswahl Visite: Erste 1 /Zweite 2 /Dritte 3 /Vierte Visite 4 /Ground Truth 0  discharge\_geriatrician\_visite\_\_{0,1,2,3,4} | Vorgesehene Zeitpunkte:  T5 vor Entlassung (0-3d) Bei Verschiebungen  ggf. **mehrfache Erhebung**  **Geriater Visite 1-4: Datum und Uhrzeit der Visite**  discharge\_geriatrician\_timestamp\_{0,1,2,3,4}  discharge\_geriatrician\_completeness  **=> Alle discharge\_geriatrician… Variablen**  **umbenannt in SAS: dis\_geriatrician\_...** |  |

**Datum der Visite \_. \_. \_ \_:\_** discharge\_geriatrician\_date\_{0,1,2,3,4} discharge\_geriatrician\_time\_{0,1,2,3,4}

1. **Was ist nach ärztlicher Expertenmeinung das sinnvollste Entlassziel?** discharge\_geriatrician\_{0,1,2,3,4}

Nach Hause 0 + discharge\_geriatrician\_details

Mit Zusatzoption? (Mehrfachauswahl) discharge\_geriatrician\_details\_{0,1,2,3,4}

Mit zusätzlichen Hilfen (z.B. Pflegedienst) 0

Mit 24h Pflegekraft 1

Ambulante geriatrische Rehabilitation beantragt 2

Stationäre geriatrische Reha beantragt 3

Stationäre fachspezifische (z.B. orthopädische) Reha beantragt 4

nach Hause wie bisher 5

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (vorbestehend) 1

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (neu organisiert) 2

Geriatrische Rehaklinik (Direktverlegung) 3

Orthopädische oder andere Rehaklinik (Direktverlegung) 4

Geriatrische Akutklinik 5

Andere Akutmedizinische Klinik 6 + discharge\_ geriatrician\_details\_{0,1,2,3,}}

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weswegen wird der Pat. in diesem Zusammenhang verlegt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alters- /Gerontopsychiatrische Klinik 7

Andere: 98 + discharge\_geriatrician\_details\_{2,3,4} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Welche Parameter waren für die ärztliche COC Entscheidung am relevantesten?** discharge\_geriatrician\_coc\_{0,1,2,3,4}

Bitte Eintragen und nach Bedeutsamkeit nummerieren (1: am wichtigsten, 10: am wenigsten wichtig)

ADL und Mobilität vor Aufnahme ADL und Mobilität vor Aufnahme

ADL postoperativ ADL postoperativ

Mobilität postoperativ Mobilität postoperativ

Kognition Kognition

Dringender medizinischer Behandlungsbedarf Dringender medizinischer Behandlungsbedarf

Patientenwunsch Patientenwunsch

Versorgungsdefizite im bisherigen Umfeld Versorgungsdefizite im bisherigen Umfeld

Weiteres 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Weiteres (1-10)

Weiteres 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etc.

Entfernung der ambulanten Reha zum Wohnort. Entfernung: \_\_\_\_\_\_\_ km discharge\_geriatrician\_distance

Erläuterungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Daten primär aus der Patientenakte

Hinweis für Interviewer/in: die im folgenden gelisteten Bereichen werden primär aus der digitalen (SAP, ER-Path, Labor, etc.) oder physischen (Patientenkurve, Patientenakte, etc.) Akte zu entnehmen sein.

## Details stationärer Aufenthalt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Krankenhausakte (SAP)**  inpatientstay\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T5 Entlassung (Vervollständigung/Überprüfung)  inpatientstay\_date | inpatientstay\_completeness  inpatientstay\_assessor  inpatientstay\_comment |

Hinweis Interviewer:in: Datenquelle: Bitte folgende Informationen aus dem SAP entnehmen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Stammdaten** |  |
| * + - 1. **Welche Versicherungsart hat der/die Teilnehmende?** insurance\_type | Gesetzlich 0  Privat 1  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ insurance\_type\_other  Nicht bekannt 99 |
| * + - 1. **Was ist die Krankenversicherung des/der Teilnehmenden?** insurance\_name   **Sonstige/Zusatz-Versicherungen:** | AOK Baden-Württemberg 0  AOK Bayern 1  KV-Kostenträger 2  TKK Südwürttemberg 3  DAK Gesundheit 4  BKK SBK (Siemens) 5  IKK classic 6  TKK Bayern 7  Debeka Krankenversicherung 8  BARMER Nordwürttemberg 9  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  insurance\_name\_other  Nicht bekannt 99  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ insurance\_further |
| **Zeiten** |  |
| 1. **Wann wurde der/die Teilnehmende ins Krankenaus aufgenommen?**  admission\_hospital\_date  admission\_hospital\_time | Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Uhrzeit\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Art der Krankenhaus-Aufnahme des Teilnehmers** op\_type | Elektiv-Aufnahme (geplante OP) 0  Notfall-/Akutaufnahme 1 |
| 1. **Wann wurde der/die Teilnehmende entlassen?** discharge\_date   discharge\_time | TT:MM:JJJJ dd.mm.yyyy  hh.:mm hh:mm |
| 1. **Wie lange war der/die Teilnehmende in stationärer Behandlung?** Errechnet **diff\_adm\_discharge (in Tagen)** | Tage: \_\_\_\_\_\_ los\_days  Stunden: \_\_\_\_\_ los\_hours |
| **OP-Protokoll** |  |
| 1. **Hauptdiagnose** dx |  |
| 1. **ICD 10 Code der Hauptdiagnose** dx\_code |  |
| 1. **Nebendiagnosen** tx   Hinweis für Interviewer:in: Retrospektiv nach Verschlüsselung |  |
| 1. **ICD 10 Code der Nebendiagnosen** tx\_code   Hinweis für Interviewer:in: Retrospektiv nach Verschlüsselung |  |
| 1. **OPS Code** der Operation: **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** ops\_code |  |
| 1. **Bezeichnung Operation (ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** ops\_name |  |
| 1. **OPS Codes weiterer Prozeduren** further\_ops\_codes   Hinweis für Interviewer:in: Retrospektiv nach Verschlüsselung |  |
| 1. **Beginn Operation** (Schnitt) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** cut\_date   cut\_time | TT:MM:JJJJ dd.mm.yyyy  hh.:mm hh:mm |
| 1. **Ende Operation** (Naht) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** suture\_date  suture\_time | TT:MM:JJJJ dd.mm.yyyy  hh.:mm hh:mm |
| **Operationsdauer in Minuten, automatisch ermittelt** cut\_to\_suture | X Minuten |
| **Zeit von Aufnahme bis Beginn Operation in Minuten,**  **automatisch ermittelt** time\_to\_operation | X Minuten |
| 1. **Belastbarkeit** nach Operation (z.B. Teilbelastung linkes Bein für 4 Wochen) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** load |  |
| **Anästhesie Dokumentation (ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** |  |
| 1. **Narkoseart** (ITN, Larynx Maske, Spinal, Epidural, Lokal) Aus SAP **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** narcosis |  |
| 1. Verweildauer auf **Überwachungs-/Intensivstation** (aus SAP PACU Liegedauer) in Stunden **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** los\_icu |  |
| **OP-Protokoll (Zweit-OP und weitere OPs)** |  |
| 1. **OPS Code** der Operation: **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** ops\_code\_{2-10} |  |
| 1. **Bezeichnung Operation (ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** ops\_name\_{2-10} |  |
| 1. **OPS Codes weiterer Prozeduren** further\_ops\_codes\_{2-10}   Hinweis für Interviewer:in: Retrospektiv nach Verschlüsselung |  |
| 1. **Beginn Operation** (Schnitt) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** cut\_date\_{2-10}   cut\_time\_{2-10} | TT:MM:JJJJ dd.mm.yyyy  hh.:mm hh:mm |
| 1. **Ende Operation** (Naht) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** suture \_date\_{2-10}   suture \_time\_{2-10} | TT:MM:JJJJ dd.mm.yyyy  hh.:mm hh:mm |
| **Operationsdauer in Minuten, automatisch ermittelt** cut\_to\_suture | X Minuten |
| **Zeit von Aufnahme bis Beginn Operation in Minuten,**  **automatisch ermittelt** time\_to\_operation | X Minuten |
| 1. **Belastbarkeit** nach Operation (z.B. Teilbelastung linkes Bein für 4 Wochen) **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** load\_{2-10} |  |
| **Anästhesie Dokumentation (Zweit-OP und weitere OPs)** |  |
| 1. **Narkoseart** (ITN, Larynx Maske, Spinal, Epidural, Lokal) Aus SAP **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** narcosis\_{2-10} |  |
| 1. Verweildauer auf **Überwachungs-/Intensivstation** (aus SAP PACU Liegedauer) in Stunden **(ggf. auch für Folge-OPs erhoben)** los\_icu\_{2-10} |  |

## Vitalparameter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Krankenhausakte**  vitals\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  vitals\_date | vitals\_completeness  vitals\_assessor |

Hinweis Interviewer:in: Datenquelle: Bitte folgende Informationen aus der Patientenakte (Kardex) übernehmen. Bei mehreren tagesaktuellen Werten bitte immer den ersten Wert des Tages nehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| * + - 1. **Heute gemessener Wert für den Blutdruck. (mmHg)** | \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ vitals\_postop\_{1,3,5,7}\_bp |
| * + - 1. **Heute gemessener Wert für den Puls. (HF/min)** | \_\_ \_\_ \_\_ vitals\_postop\_{1,3,5,7}\_bpm |
| * + - 1. **Heute gemessener Wert für die Sauerstoffsättigung. (% SaO2)** | \_\_ \_\_ \_\_ vitals\_postop\_{1,3,5,7}\_O2 |
| * + - 1. **Heute gemessener Wert für die Temperatur. (°C)** | \_\_ \_\_ , \_\_ vitals\_postop\_{1,3,5,7}\_temp |

## Komorbiditäten 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Krankenhausakte**  comorbidity\_1\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ fakultativ  comorbidity\_1\_date | comorbidity\_1\_completeness  comorbidity\_1\_assessor  comorbidity\_1\_comment |

Hinweis für Interviewer/in\_ Bitte übertragen Sie aus dem Anästhesie-Erhebungsbogen sowie dem ärztlichen Aufnahmebrief die erhobenen Diagnosen.

1. **Anästhesieerhebungsbogen**

Hinweise für Interviewer/in: Bitte übernehmen Sie alle gelisteten Diagnosen aus dem anästhesiologischen Prämedikationsbericht (Scan im SAP, Papier in Akte).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parameter |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Dringlichkeit  comorbidity\_1\_urgency | elektiv  0 | dringlich  1 | Notfall  2 | sofort  3 |  |  |
| ASA  comorbidity\_1\_asa | I  0 | II  1 | III  2 | IV  3 | V  4 |  |
| NYHA  comorbidity\_1\_nyha | o. B.  0 | I  1 | II  2 | III  3 | IV  4 | n.B.  5 |
| Aspir- Risiko  comorbidity\_1\_aspir | nein  0 | ja  1 | n.B.  2 |  |  |  |
| Alkoholabusus  comorbidity\_1\_alcohol | nein  0 | ja  1 | n.B.  2 |  |  |  |
| Nikotinabusus  comorbidity\_1\_nicotin | nein  0 | ja  1 | n.B.  2 |  |  |  |
| Drogenabusus  comorbidity\_1\_drugs | nein  0 | ja  1 | n.B.  2 |  |  |  |
| Allergien  comorbidity\_1\_allergies | nein  0 | ja  1 | n.B.  2 | Welche? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comorbidity\_1\_allergies\_details | | |
|  |  |  |  |  | | |
| Untersuchung | Größe: \_\_\_\_\_\_ cm  comorbidity\_1\_size | | Gewicht: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg  comorbidity\_1\_weight | |  |  |
|  | Puls: \_\_\_\_\_\_\_\_\_  comorbidity\_1\_bpm | | RR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ syst./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ diast. mmHg  comorbidity\_1\_rrsys / comorbidity\_1\_rrdia | | | |
|  |  | |  | |  |  |
|  | **Nicht beurteilbar**  **0** | **Keine/ normal**  **1** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Spezielle Risiken  comorbidity\_1\_risks |  |  |  | Übergewicht > 30% 2 | Hypovol.Schock 3 | ARDS 4 |
| Sepsis/MOV 5 | Dyspnoe 6 | Polytrauma 7 | Sonstige 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Antikoagulation  comorbidity\_1\_ antikoagulation |  |  | Heparin sc/iv 2 | ASS 3 | Marcumar 4 | andere 5 |
| EKG  comorbidity\_1\_ekg |  |  | Abs. Arrh. 2 | Überleit. Störung 3 | SM-EKG 4 | Sonstiges 5 |
| Obj. Myok. Fkt.  comorbidity\_1\_myocard |  |  | leicht 2 | mäßig reduziert 3 | stark reduziert 4 |  |
| Korona.fkt  comorbidity\_1\_coronary |  |  | KHK ohne AP 2 | stabile AP 3 | instabile AP 4 |  |
| Kor. Bypass  comorbidity\_1\_bypass |  |  | ja 2 |  |  |  |
| PTCA  comorbidity\_1\_ptca |  |  | ja 2 |  |  |  |
| Klappen  comorbidity\_1\_valve |  |  | pathologisch 2 |  |  |  |
| Herzinfarkt  comorbidity\_1\_stroke |  |  | < 4 Wochen 2 | ≥ 1 Monat 3 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Blutdruck  comorbidity\_1\_bp |  |  | AHT gut beh. 2 | AHT insuff.beh. 3 | Hypotonie 4 |  |
| Gefäßsystem  comorbidity\_1\_vascular |  |  | Thromb/Emb 2 | AVK 3 | sonst. 4 | Sign. Carotisstenose  li 5  re 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Atmung  comorbidity\_1\_respiratory |  |  | Asthma 2 | Resp. Infekt 3 | COPD 4 | Restikt. 5 |
|  |  |  | Pneumonie 6 | sonst. 7 |  |  |
|  |  |  | Oben NUR COPD (=4), sonst leer comorbidity\_1\_copd 1 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Leber  comorbidity\_1\_liver |  |  | pathologisch 2 | Child A 3 | Child B 4 | Child C 5 |
| Niere  comorbidity\_1\_kidney |  |  | komp. NI 2 | term. NI 3 | Restdiurese in ml\_ \_\_\_\_  comorbidity\_1\_diurese | |
| Muskelerkr.  comorbidity\_1\_muscular |  |  | vorhanden 2 | MH-Disposistion (V.a.) 3 | | |
| Diab. mell.  comorbidity\_1\_diabetes |  |  | Typ I 2 | Typ II 3 | entgleist 4 | Folgeerkr. 5 |
| Stoffw. Erkr.  comorbidity\_1\_metabolism |  |  | Hyperthyreose 2 | HLP 3 | sonstige 4 |  |
| Neurologie  comorbidity\_1\_neurologic |  |  | path. ZNS 2 | path PNS 3 | Epilepsie 4 |  |
|  | Z.n. Apolex/TIA\_  comorbidity\_1\_apoplextia | | oh. RestSympt. 0  mit RestSympt. 1 |  |  |  |
| Bewusstsein  comorbidity\_1\_ consciousness |  |  | somnolent 2 | komatös 3 | sediert/relaxiert 4 | dement |
|  |  |  | Oben NUR dement, sonst leer comorbidity\_1\_dementia 1 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Zahnstatus  comorbidity\_1\_teeth |  |  | locker 2 | beschädigt 3 | Prothese | UK 4  OK 5 |

1. **Chirurgischer Aufnahmebericht**

Hinweise für Interviewer/in: Bitte übernehmen Sie alle gelisteten Diagnosen aus dem chirurgischen Aufnahmebericht (im SAP, ER-Path)

|  |
| --- |
| **Diagnose:** Diagnosen kommasepariertcomorbidity\_1\_diagnoses |
| **1.** |
| **2.** |
| **3.** |
| **4. etc.** |
|  |

## Komorbiditäten 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Teilnehmer:in0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  comorbidity\_2\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  comorbidity\_2\_date | comorbidity\_2\_completeness  comorbidity\_2\_assessor  comorbidity\_2\_comment |

*Hinweis für Interviewer/in: Bitte zuerst die Komorbiditäten aus der Akte bzw. Komorbiditäten 1 eintragen und dann mit dem Studienteilnehmer abgleichen (Bei starker kognitiver Einschränkung sind die Angaben des Teilnehmers mit Unterstützung des Betreuers/Bevollmächtigen bzw. der Bezugsperson auszufüllen).*

*In Klammern finden sich jeweils Hinweise zur Erhebungskategorie für den Assessor.*

***"Ich werde Sie nun nach Ihren bisherigen Krankheiten fragen. Es handelt sich nur dann um eine Krankheit, wenn die Symptome mindestens 3 Monate anhielten oder wenn Sie wegen der Krankheit in Behandlung sind/waren oder wenn Sie ein Arzt über eine längere Zeit nachbehandelt hat."***

***"Hat Ihnen ein Arzt jemals mitgeteilt, dass Sie ... haben bzw. hatten?"*** *(jeweilige Erkrankung nennen)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Angabe aus Akte** | **Patientenangabe** | | |
|  | **Ja**  **2** | **Ja**  **1** | **Nein**  **0** | **Weiß nicht**  **99** |
| **Demenz** (Diagnostizierte Erkrankung) comorbidity\_2\_dementia |  |  |  |  |
| **Delir** (Verwirrtheitszustand, Durchgangssyndrom, etc.) comorbidity\_2\_delir |  |  |  |  |
| **„Haben Sie selbst den Eindruck, dass Ihre Gedächtnisleistung in letzter Zeit abgenommen hat?“** comorbidity\_2\_memory |  |  |  |  |
| **Schlaganfall** (symptomatische Blutung oder Ischämie, aber keine Transitorisch ischämische Attacke/TIA)  comorbidity\_2\_stroke |  |  |  |  |
| **Koronare Herzerkrankung** (inkl. Z.n. Herzinfarkt)  comorbidity\_2\_coronary |  |  |  |  |
| **Diabetes mellitus** (inkl. Typ 1 und Typ 2)  comorbidity\_2\_diabetes |  |  |  |  |
| **Tumorerkrankung, aktiv** (aktuell in Behandlung oder innerhalb der letzten 5 Jahre bekannt) comorbidity\_2\_tumor\_1 |  |  |  |  |
| **Tumorerkrankung in letzten 20 J** (inkl. Behandlung bereits abgeschlossen) comorbidity\_2\_tumor\_2 |  |  |  |  |
| **Herzschwäche/ -insuffizienz** (symptomatische Erkrankung (z.B. Diuretika Therapie), inkl. aller Subtypen) comorbidity\_2\_cor\_insuff |  |  |  |  |
| **Chronisch obstriktive Lungenerkrankung (COPD)** comorbidity\_2\_copd |  |  |  |  |
| **Parkinsonerkrankung** (inkl. aller Subtypen) comorbidity\_2\_parkinson |  |  |  |  |
| **Art. Hypertonie** comorbidity\_2\_hypertonia |  |  |  |  |
| **Depression** comorbidity\_2\_depression |  |  |  |  |
| **Osteoporose** comorbidity\_2\_osteoporosis |  |  |  |  |
| **Vorhofflimmern** comorbidity\_2\_arrh |  |  |  |  |
| **Magengeschwür** comorbidity\_2\_ulcer |  |  |  |  |
| **Arthrose** comorbidity\_2\_arthrosis |  |  |  |  |

## Größe und Gewicht

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Teilnehmer:in0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** **(Anästhesieprotokoll)** 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  anthropometry\_{preop,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  anthropometry\_{preop,followup}\_date | anthropometry\_preop\_completeness  **=> umbenannt in SAS:**  **anthropometry\_preop\_comp**  anthropometry\_followup\_completeness  **=> umbenannt in SAS:**  **anthropometry\_followup\_comp**  anthropometry\_{preop,followup}\_assessor  anthropometry\_{preop,followup}\_comment |

Hinweis Interviewer:in: bei T0.2 primär aus Krankenhausakte entnehmen, bei T6 primär Teilnehmer:in befragen.

1. **„Wie viel wiegen Sie?“** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg weight\_{preop,followup}

**=>** hier wird automatisch die Variable comorbidity\_1\_weight übernommen und bei missing kann hier noch der Wert ggf. ergänzt werden, d.h. diese Variable sollte final genommen werden zu Analysen

1. **„Wie groß sind Sie?“** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm size\_{preop,followup}

**=>** hier wird automatisch die Variable comorbidity\_1\_size übernommen und bei missing kann hier noch der Wert ggf. ergänzt werden, d.h. diese Variable sollte final genommen werden zu Analysen

1. **Body Mass Index BMI** errechnet: Körpergewicht in KG / (Körpergröße in kg) ² = \_\_\_\_\_ bmi\_{preop,followup}

## Wunden und Dekubiti

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Teilnehmer:in0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T5 Entlassung  T6 90d Follow-up  dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_ date | dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_  completeness  dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_  assessor  dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_  comment |

Hinweis für Interviewer:in: Bitte entnehmen Sie die Information nach Möglichkeit der Patientenkurve.

1. **Liegen chronische Wunden oder Dekubiti vor?** dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_1

☐ Ja 1 ☐ Nein 0

**Wenn ja: Wo sind diese lokalisiert, welcher Dekubitus-/Wundgrad liegt vor und seit wann besteht die Wunde/der Dekubitus?** dekubiti\_{preop,discharge,followup}\_2

**Wunde1** Decubitus Grad , Lokalisation (:Freitext bei andere) , Bestehenszeitraum **; Wunde 2** Decubitus Grad , …

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wunde 1** | **Lokalisation**  Sakral 0  Ferse rechts 1  Ferse links 2  Unterschenkel rechts 3  Unterschenkel links 4  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Dekubitus Grad**  1 0  2 1  3 2  4 3 | **Bestehenszeitraum**  Bestand vor aktueller Aufnahme 0  Während aktueller Aufnahme unabhängig von OP entstanden 1  Im Zusammenhang mit aktueller OP entstanden (OP-Wunde) 2  Seit der Entlassung aus der chirurgischen Uniklinik vor ca. drei Monaten entstanden 3 |
| **Wunde 2** | **Lokalisation**  Sakral 0  Ferse rechts 1  Ferse links 2  Unterschenkel rechts 3  Unterschenkel links 4  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Dekubitus Grad**  1 0  2 1  3 2  4 3 | **Bestehenszeitraum**  Bestand vor aktueller Aufnahme 0  Während aktueller Aufnahme unabhängig von OP entstanden 1  Im Zusammenhang mit aktueller OP entstanden (OP-Wunde) 2  Seit der Entlassung aus der chirurgischen Uniklinik vor ca. drei Monaten entstanden 3 |
| **etc.** |  |  |  |

## Laborwerte

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Krankenhausakte (SAP bzw. Labor) | | Vorgesehene Zeitpunkte:  Datenquelle: Bitte alle für folgende Werte erhobenen Laborproben während des Krankenhausaufenthalts eintragen, unabhängig von T‘s | | | | T0.2 Präoperativ fakultativ  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  T5 vor Entlassung | | |
| lab\_{source, assessor, date, completeness, comment}  **ACHTUNG:** Laborwerte sind separat abgespeichert | | | | | | | | |
|  | | **Labromesszeitpunkte** | | | | | |
|  | | **Aufnahme-labor** | **L1** | **L2** | **L3** | **L4** | **…** |
| **Datum** | | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** | **\_\_ \_\_.\_\_ \_\_.**  **2023** |
| **Hämoglobin (HB) in g/dl** | |  |  |  |  |  |  |
| **MCV Mean Cellular Volume) in femto-l/fl** | |  |  |  |  |  |  |
| **Leukozyten in Giga/l (10^9/l)** | |  |  |  |  |  |  |
| **CRP in mg/l** | |  |  |  |  |  |  |
| **Kreatinin in µmol/l** | |  |  |  |  |  |  |
| **eGFR n Cockcroft-Gault in ml/min** | |  |  |  |  |  |  |
| **Natrium in mmol/l** | |  |  |  |  |  |  |
| **Kalium in mmol/l** | |  |  |  |  |  |  |
| **Albumin in g/dl** | |  |  |  |  |  |  |
| **Blutzucker in mg/dl** | |  |  |  |  |  |  |

|\_. Key Name |\_. Description|

|patient\_id\_hemoglobin| Hämoglobin (HB) in g/dl |

|patient\_id\_mcv| MCV (Mean Cellular Volume) in femto-l/fl |

|patient\_id\_leukocytes | Leukozyten in Giga/l (10^9/l) |

|patient\_id\_crp | CRP in mg/l |f

|patient\_id\_creatinin | Kreatinin in µmol/l |

|patient\_id\_egfr | eGFR nach Cockrost-Gault in ml/min |

|patient\_id\_natrium | Natrium in mol/l |

|patient\_id\_potassium | Kalium in mmol/l |

|patient\_id\_albumin | Albumin in g/dl |

|patient\_id\_sugar | Blutzucker in mg/dl |

## Medikamentenplan

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Teilnehmer:in0  Angehörige/Bezugsperson 1  **Krankenhausakte** (Pat. Kurve) 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  ID patient  medication\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,discharge,followup,latest}\_assessor | | | | Vorgesehene Zeitpunkte:  T0.2 Präoperativ fakultativ (Medikation bei Aufnahme)  T1 Postoperativ Tag 1  T2 Postoperativ Tag 3  T3 Postoperativ Tag 5  T4 Postoperativ Tag 7  T5 vor Entlassung  (Medikation bei Entlassung)  T6 Follow-up 90d (+/- 7d)  medication\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,discharge,followup,latest}\_date | | | | medication\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,discharge,followup,latest}\_completeness  Kommentare über ein ganzes T:  medication\_{preop,postop\_1,postop\_3,postop\_5,postop\_7,discharge,followup\_}commentoverall  **=> alle medication\_... Variablen  umbenannt in SAS zu med\_...** | | | |
| **ACHTUNG:** Medikamente sind separat abgespeichert | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |  | |  | |
|  | **Name**  **(Wirk-stoff bzw.**  **Handels-name)**  name | **Art der**  **Medikation**  type | **Einzeldosis**  dosage\_{1,2}  (bei Kombi-präparaten kann es eine zweite Dosierung geben) | | **Einheit**  unit\_{1,2} | **Häufigkeit** | | | **Applikationsform**  application | **Bei T6 zusätzlich:** |
| **1** | ATC-Code  atc  \_\_\_\_\_\_ | Dauer-  medikation 1  Bedarfs-  Medikation 2 | \_\_\_,\_\_\_  Ggf. Weitere Dosis bei Kombipräparaten | | mg mg  g g  ml ml  µg microg  IE IE  mmol mmol  Tropfen drops  Andere: other  \_\_\_\_\_\_  other\_unit\_{1,2} | freq  \_\_mal | freq\_type  Täglich daily  Wöchentlich weekly  Monatlich monthly  Vierteljährlich quarterly  Halbjährlich biannual  Jährlich yearly  nach Schema schema  bei Bedarf bb  pausiert paused  Andere: other  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  other\_freq\_type | | p.o. oral  sc subcutan  iv iv  Hub Inhalation  Inhalation  dermal dermal  intramuskulär i.m.  iv iv  konjunktival konjunktival  transdermal (Pflaster) transdermal  supp supp  Sonstiges: other  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  other\_application  unklar  unknown | Medikation neu seit Entlassung? new  Ja 1  Nein 0  Wenn, ja: Wann begonnen:  \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .  2023 (T/M/J)  new\_since |
| **2** | Etc. |  |  | |  |  |  | |  |  |

## Allgemeine Angaben zur Entlassung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Krankenhausakte 2  discharge\_general\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T5 Entlassung ggf. retrospektiv  discharge\_general\_date | discharge\_general\_completeness  discharge\_general\_assessor  discharge\_general\_comment |

1. **Wohin wird der/die Teilnehmende entlassen?** discharge\_general

Nach Hause 0

Mit Zusatzoption? (Mehrfachauswahl) discharge\_general\_details

Mit zusätzlichen Hilfen (z.B. Pflegedienst) 0

Mit 24h Pflegekraft 1

Ambulante geriatrische Rehabilitation beantragt 2

Stationäre geriatrische Reha beantragt 3

Stationäre fachspezifische (z.B. orthopädische) Reha beantragt 4

nach Hause wie bisher 5

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (vorbestehend) 1

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (neu organisiert) 2

Geriatrische Rehaklinik (Direktverlegung) 3

Orthopädische oder andere Rehaklinik (Direktverlegung) 4

Geriatrische Akutklinik 5

Andere Akutmedizinische Klinik 6 + discharge\_general\_details

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weswegen wird der Pat. in diesem Zusammenhang verlegt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alters- /Gerontopsychiatrische Klinik 7

Andere: 98 + discharge\_general\_details \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Telefonischer Fragebogen Follow-up nach 90d

## Sozialanamnese Follow-up

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  social\_followup\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) telefonische Befragung  social\_followup\_date (TT.MM.JJJJ) | social\_followup\_completeness  social\_followup\_assessor  social\_followup\_comment |

**„Im Folgenden möchte ich Sie nach bestimmen Lebensumständen befragen. Dies haben wir in ähnlicher Form bereits zu Beginn unserer Studie getan. Es geht uns hierbei insb. darum, ob sich an Ihren Lebensumständen etwas geändert hat.“**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Haben Sie einen Pflegegrad?**  social\_followup\_grade | Ja, 1 Pflegegrad: \_\_\_ (1-5) social\_followup\_gradelevel 1-5  Nein 0  Beantragt 98  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Wo leben Sie?**   social\_followup\_accomodation | Haus 0  Wohnung 1  Betreutes/seniorengerechtes Wohnen in Einzelwohnen 2  Betreutes/seniorengerechtes Wohnen in Wohngemeinschaft 3  Seniorenheim 4  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes:98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_followup\_other\_accomodation  **=> umbenannt in SAS: social\_followup\_other\_accom** | |
| 1. **Mit wem leben Sie zusammen?**   social\_followup\_living | Allein 0  (Ehe-)Partner/Partnerin 1  (Enkel-)Kindern 2  Sonstige Familienangehörige 3  Haushaltshilfe 4  24h-Pflegekraft 5  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_followup\_other\_living | |
| 1. **Müssen Sie eine Treppe steigen, um in Ihre Wohnung/ Ihr Haus zu kommen?** social\_followup\_stairs | Ja, 1 ca. \_\_\_\_ Stufen social\_followup\_num\_stairs  Es ist vorhanden: social\_followup\_lift  Aufzug 0  Treppenlift 1  Aufzug und Treppenlift 2  Nein 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_followup\_other\_stairs | |
| 1. **Müssen Sie regelmäßig innerhalb Ihrer Wohnung/ Ihres Hauses Treppen steigen, z.B. um das Bade- oder Schlafzimmer zu erreichen?** social\_followup\_indoor\_stairs | Ja 1  Nein 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Soziale Kontakte**    1. **Mit wie vielen Angehörigen und/oder Freunden/ Bekannten haben Sie regelmäßig Kontakt?**   social\_followup\_contacts | Mit \_\_\_\_\_\_Menschen. social\_followup\_num\_contacts 0-x  Keine regelmäßigen Kontakte 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| * 1. **Wie oft haben Sie persönlichen Kontakt mit ihren Familienmitgliedern oder Freunden?** social\_followup\_freq | Nie 0  Täglich 1  2-3x pro Woche 2  Mehrmals pro Monat 3  Seltener 4  Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_other\_freq  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Welche Hilfsmittel nutzen Sie?** (Mehrfachnennungen möglich)   social\_followup\_tools  *comma separated string* | Rollstuhl 0  Gehstock 1  Unterarmgehstütze (Krücke) 2  Rollator 3  Hausnotruf 4  Haltegriffe 5  Toilettensitzerhöhung 6 | Toilettenstuhl 7  Duschhocker 8  Badewannenlift 9  Pflegebett 10  Dekubitusmatratze 11  Heim-O2 12 |
|  | Keine 97  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
|  | Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_followup\_other\_tools | |
| 1. **Erhalten Sie Hilfe bei der alltäglichen Versorgung?** (Mehrfachnennungen möglich) social\_followup\_help | Ja, 1 von social\_followup\_help\_from  Pflegedienst (ambulant) 1  Partner/Partnerin 2  Angehörige 3  Freunde 4  24h- Pflegekraft 5  Anderes: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_ followup\_other\_help  Nein, ich erhalte keine Hilfe. 0  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |
| 1. **Wenn bei 8. „Ja“ angegeben wurde: Wobei erhalten Sie Hilfe?** (Mehrfachnennung möglich)   social\_followup\_help**\_**with  *comma separated string* | Waschen: \_\_\_ x/Woche 1:X  Baden/Duschen: \_\_\_ x/Wo 2:X  Anziehen: \_\_\_ x/Wo 3:X  Kochen: \_\_\_ x/Wo 4:X  Wohnung putzen: \_\_\_ x/Wo 5:X  Einkaufen: \_\_\_ x/Wo 6:X  Medikamente richten: \_\_\_ x/Wo 7:X  Medikamente einnehmen: \_\_\_ x/Wo 8:X  Arztbesuche: \_\_\_ x/Monat 9:X | |
|  | Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ social\_followup\_other\_help\_with  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | |

## Medizinischer Verlauf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Hausärztin/Hausarzt 5  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  medical\_history\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) telefonische Befragung  medical\_history\_date | medical\_history\_completeness  medical\_history\_assessor  medical\_history\_comment |

Hinweis für Interviewerin: Sollte der/die Teilnehmer:in die Frage nicht beantworten können, dann bitte Angehörige/Bezugsperson befragen, sollten auch diese die Fragen nicht beantworten können, dann bitte Hausarzt/ärztin kontaktieren und diese(n) befragen**.**

1. **Befinden Sie sich aktuell in medizinischer oder rehabilitativer Behandlung?** medical\_history\_1

Geriatrische Rehaklinik 0

Wenn ja: medical\_history\_1\_details\_1 (abhängig von Antwort auf Frage 1)| Antwort 0:

stationär 0

ambulant 1

Wenn ja: Welche? medical\_history\_1\_details\_**2** (abhängig von Antwort auf Frage 1)| Antwort 0:

Bethesda 0

Ehingen 1

Göppingen 2

Illertissen 3

Giengen an der Brenz 4  
  Biberach 5

Ichenhausen 6

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

Orthopädische oder andere Rehaklinik 1

Wenn ja: Welche? medical\_history\_1\_details\_1 (abhängig von Antwort auf Frage 1)| Antwort 1:

RKU Ulm 0

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

Geriatrische Akutklinik 2

Wenn ja: Welche? medical\_history\_1\_details\_1 (abhängig von Antwort auf Frage 1)| Antwort 2:

Bethesda 0

Ehingen 1

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

Andere Akutmedizinische Klinik 3

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

Alters- /Gerontopsychiatrische Klinik 4

Wenn ja; Welche? medical\_history\_1\_details\_1 (abhängig von Antwort auf Frage 1)| Antwort 4:

ZfP Ulm 0

ZfP Bad Schussenried 1

ZfP Zwiefalten 2

BKG Günzburg 3

Uni Ulm Psych III 4

Andere: 98 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

Andere: 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ medical\_history\_1\_details\_other

☐ Nein 6

Weiß nicht 99

Teilnehmer verweigert Antwort 100

Teilnehmer kann nicht antworten 101

1. **Sind Sie seit unserem letzten Kontakt gestürzt?** medical\_history\_2

Hinweis Interviewer:in: Anmerkung: Ein Sturz ist definiert als unbeabsichtigtes Zu-Boden-Kommen (auf dem Fußboden, auf ein niedriges Niveau, den Flur etc.)

Ja 1

Nein 0

Weiß nicht 99

Teilnehmer verweigert Antwort 100

Teilnehmer kann nicht antworten 101

**Wenn Ja, wie oft?**

\_\_\_ mal medical\_history\_2\_details\_2

Weiß nicht 99 medical\_history\_2\_details\_1

Teilnehmer verweigert Antwort 100

Teilnehmer kann nicht antworten 101

1. **Haben Sie Angst, dass Sie (erneut) stürzen könnten?** medical\_history\_3

Ja 1

Nein 0

Weiß nicht 99

Teilnehmer verweigert Antwort 100

Teilnehmer kann nicht antworten 101

1. **Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Nachsorgebehandlung seit Entlassung aus der unfallchirurgischen/ allgemeinchirurgischen/urologischen Klinik der Uniklinik Ulm insgesamt gewesen?** medical\_history\_4

*Hinweis für Interviewer:in: Sollte der/die Proband:in die Frage nicht beantworten können, dann bitte Angehörigen/Bezugsperson befragen.*

Sehr zufrieden 0

Eher zufrieden 1

Eher unzufrieden 2

Sehr unzufrieden 3

## CSSRI Fragebogen (adaptiert)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  cssri\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) telefonische Befragung  cssri\_date | cssri\_assessor  cssri\_completeness  cssri\_comment |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Stationärer Aufenthalt** | | | | | | |  | | | | |
| Wurden Sie in den letzten 3 Monaten stationär (d.h. mit Übernachtung) in einem **Krankenhaus** behandelt? cssri\_q1  \*Bsp.: chirurgische, internistische, geriatrische oder psychiatrische Station oder Klinik, geriatrische oder orthopädische Rehabilitationskliniken | | | | | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | | | | |
| **Wenn Ja,**  **Angaben zu Aufenthalten** | Aufnahmedatum  (Tag der Aufnahme in der Klinik, tt/mm/jj) | Entlassdatum  (Tag der Entlassung aus der Klinik, tt/mm/jj) | | | | | oder Zahl der Tage  (Anzahl der in der Klinik verbrachten Tage) | | | | |
| **Somatische (Innere, Chirurgie, Geriatrie, etc.)** Klinik oder Abteilung | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_somatic**\_**admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_somatic\_discharge | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_somatic\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_somatic\_days\_unknown | | | | |
| Name der Klinik: cssri\_somatic\_name | | | | | Behandlungsgrund: \* cssri\_somatic\_reason | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Psychiatrische** Klinik oder Abteilung / Suchtklinik oder -abteilung | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_discharge | | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_psychic\_day  ☐ unbekannt 1  cssri\_ psychic\_days\_unknown | | | | |
| Name der Klinik: cssri\_psychic \_name | | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_psychic\_reason | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Somatische** (Geriatrische, Orthopädische, etc.) Rehabilitationsklinik | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_somatic\_rehab\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_somatic\_rehab\_discharge | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_somatic\_rehab\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_somatic\_rehab \_days\_unknown | | |
| Name der Rehabilitationsklinik:  cssri\_somatic\_rehab \_name | | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_somatic\_rehab \_reason | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Psychiatrische** Rehabilitationsklinik | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_rehab\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_rehab\_discharge | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_psychic\_rehab\_day  ☐ unbekannt 1  cssri\_psychic\_rehab \_days\_unknown | | |
| Name der psychiatrischen Rehabilitationsklinik:  cssri\_psychic \_rehab \_name | | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_psychic \_rehab \_reason | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **Sonstige** Krankenhäuser | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_further\_clinic\_admission | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_further\_clinic\_discharge | | | | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_further\_clinic\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_further\_clinic \_days\_unknown **=> umbenannt in SAS: cssri\_further\_clinic\_days\_un** | | | |
| Name und Fachrichtung der Klinik: cssri\_further\_clinic\_name | | | | Behandlungsgrund: \* cssri\_further\_clinic\_reason | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Stationärer Aufenthalt Kommentar cssri\_stationary\_comment |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Wohnsituation** | | | | | | |  | |
| Wie bzw. wo haben Sie während den letzten 3 Monate gewohnt?  ~~Haben Sie in den letzten 3 Monaten Hilfsangebote in Anspruch genommen?~~ cssri\_q2  Bsp. andere Wohnumgebung: Wohn- und / oder Pflegeeinrichtung, Bsp. Hilfsangebot: ambulant betreutes Wohnen zuhause  ***=> Frage wurde ab 14.11.2023 korrigiert*** | | | | | | | ~~☐ Ja 1~~  ~~☐ Nein 0~~  ~~☐ Weiß nicht 99~~  ~~☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100~~  ~~☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101~~ ***=> Optionen wurden ab 14.11.2023 ausgeblendet*** | |
| **Angaben zu Aufenthalten** (Wohnsituation) | Bereits vor Aufenthalt in Chirurgie Uniklinik Ulm dort gelebt? | | | Einzugsdatum  (Tag des Einzugs, tt/mm/jj) | Auszugsdatum  (Tag des Auszugs, tt/mm/jj) | | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der Tage in dem Heim) | |
| **Alten- und Pflegeheim/Seniorenheim (stationäre Pflege)** cssri\_stationary**\_**care | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_stationary\_care\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_stationary\_care\_discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_stationary\_care\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_stationary\_care\_days \_unknown **=> umbenannt in SAS:** **cssri\_stationary\_care\_days \_un** | |
| Name des Pflegeheims: cssri\_stationary\_care\_name | | | | |
| **Psychiatrisches Wohnheim** cssri\_psychic**\_**care | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_care\_ admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_psychic\_care\_discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_psychic\_care\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_psychic\_care\_days \_unknown | |
| Name des psychiatrischen Wohnheims: cssri\_psychic\_care\_name | | | | |
| **Betreutes bzw. senioren-gerechtes Wohnen in Wohngemeinschaft** cssri\_shared**\_** apartment | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_shared\_ apartment\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_shared\_ apartment\_ discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_shared\_apartment\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_shared\_apartment\_days \_unknown **=> umbenannt in SAS: cssri\_shared\_apartment\_days\_un** |
| Name des Trägers oder der WG: cssri\_shared\_apartment\_name | | | | | |
| **Betreutes bzw. senioren-gerechtes Wohnen in Einzelwohnung** cssri\_single**\_** apartment | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_single\_ apartment\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_single\_ apartment\_ discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_single\_apartment\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_single\_apartment\_days \_unknown **=> umbenannt in SAS: cssri\_single\_apartment\_days \_un** |
| Name des Trägers: cssri\_single\_apartment\_name | | | | | |
| **Wohnen mit (Ehe-) partner zu Hause** cssri\_home**\_**partner | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_partner\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_partner\_discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_home\_partner\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_home\_partner\_days \_unknown |
| **Wohnen alleine zu Hause** cssri\_home**\_**alone | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_alone\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_alone\_discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_home\_alone\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_home\_alone\_days \_unknown |
| **Wohnen zu Hause mit 24h Pflegekraft** cssri\_home**\_**24h | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_24h\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_24h\_ discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_home\_24h\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_home\_24h\_days\_unknown |
| **Wohnen bei einem Familienmitglied (z.B. Kinder, Enkel)** cssri\_family | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_family\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ cssri\_family\_ discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_family\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_family\_days\_unknown |
| **Andere Wohnsituationen / andere Hilfe in häuslicher Umgebung** cssri\_other\_living | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_other\_living\_admission | | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_other\_living\_discharge | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage cssri\_other\_living\_days  ☐ unbekannt 1 cssri\_other\_living\_days \_unknown |
| Art der Wohnsituation / Hilfe: cssri\_other\_living\_name | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Wohnsituation Kommentar cssri\_living\_comment |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Tagesklinik** | | |  | |
| Wurden Sie in den letzten 3 Monaten in einer **Tagesklinik**\* (d.h. ohne Übernachtungen) behandelt? cssri\_q3  \*Tagesklinik: z.B. ambulante geriatrische Rehabilitation | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 | |
| **Angaben zu Aufenthalten** | Aufnahmedatum  (Tag der Aufnahme in die Tagesklinik, tt/mm/jj) | Entlassdatum  (Tag der Entlassung aus der Tagesklinik, tt/mm/jj) | oder Zahl der Tage  (Anzahl der in der Tagesklinik verbrachten Tage) | |
| **Ambulante geriatrische** Rehabilitationsklinik | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_amb\_ger\_reha\_ admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_amb\_ger\_reha\_ discharge | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_amb\_ger\_reha\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_amb\_ger\_reha\_days \_unknown | |
| Name der ambulanten geriatrischen Rehabilitationsklinik:  cssri\_amb\_ger\_reha\_name | | |  |
|  | | | |
| **Sonstige** tagesklinische Einrichtung | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_amb\_other\_ admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_amb\_other\_ discharge | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_amb\_other\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_amb\_other\_days \_unknown | |
| Name und Fachrichtung der Einrichtung:  cssri\_amb\_other\_name | | |  |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Tagsklinik Kommentar cssri\_amb\_other\_comment |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** **Ärzt:innen** | | | |  |
| Haben Sie während der letzten 3 Monate Behandlungen bei Ihrer **Hausärztin / Hausarzt** oder bei einer / einem **Fachärztin / Facharzt** wahrgenommen? cssri\_q4 | | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 |
| Fachpersonal |  | Termine (Anzahl) in den letzten 3 Monaten | | |
| Hausarzt/-ärztin |  | \_\_ \_\_ cssri\_gp\_times  ☐ unbekannt 1 cssri\_gp\_times\_unknown | | |
| Orthopädin / Orthopäde |  | \_\_ \_\_ cssri\_ortho\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_ortho\_ times\_unknown | | |
| Internist\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_internist\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_internist\_ times\_unknown | | |
| Kardiologin / Kardiologe |  | \_\_ \_\_ cssri\_cardio\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_cardio\_ times\_unknown | | |
| Neurologin / Neurologe |  | \_\_ \_\_ cssri\_neuro\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_neuro\_ times\_unknown | | |
| Ärztin / Arzt für Psychiatrie |  | \_\_ \_\_ cssri\_psychiatric\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_psychiatric\_ times\_unknown | | |
| Arzt / Ärztin für Hals/Nasen/Ohren Heilkunde |  | \_\_ \_\_ cssri\_hno\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_hno\_ times\_unknown | | |
| Arzt / Ärztin für Augenheilkunde |  | \_\_ \_\_ cssri\_eye\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_eye\_ times\_unknown | | |
| Gynäkologin / Gynäkologe | |  | \_\_ \_\_ cssri\_gyn\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_gyn\_times\_unknown | | |
| Urologin / Urologe | |  | \_\_ \_\_ cssri\_uro\_ times  ☐ unbekannt 1 cssri\_uro\_times\_unknown | | |
| **Fachärztin / Facharzt 1**  Bitte geben Sie die Fachrichtung an:  cssri\_spec\_doc\_1 | |  | \_\_ \_\_ cssri\_spec\_doc\_1\_times  ☐ unbekannt 1 cssri\_spec\_doc\_1\_times\_unknown | | |
| **Fachärztin / Facharzt 2**  Bitte geben Sie die Fachrichtung an:  cssri\_spec\_doc\_2 | |  | \_\_ \_\_ cssri\_spec\_doc\_2\_times  ☐ unbekannt 1 cssri\_spec\_doc\_2\_times\_unknown | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Ärzte Kommentar cssri\_doctors\_comment |  |  |

1 ja

2 nein

3 unbekannt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. Ambulanz, Notfallambulanz, ärztlicher Notdienst** | | |  | |
| Haben Sie während der letzten 3 Monate ambulante Behandlungstermine in einer **Ambulanz** oder in einer **Notfallambulanz** eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Fachklinik oder einen **ärztlichen Notdienst** in Anspruch genommen? cssri\_q5 | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 | |
| Einrichtungen / Fachpersonal |  | Termine (Anzahl) in den letzten 3 Monaten | | Behandlungsgrund \* |
| Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses |  | \_\_ \_\_ cssri\_amb\_clinic\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_amb\_clinic\_times\_unknown | | cssri\_amb\_clinic\_reason |
| Kassen-ärztlicher Notdienst |  | \_\_ \_\_ cssri\_kasse\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_kasse\_times\_unknown | | cssri\_kasse\_reason |
| Psychiatrische Ambulanz (PIA) |  | \_\_ \_\_ cssri\_pia\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_pia\_times\_unknown | | cssri\_pia\_reason |
| Chirurgische Ambulanz  (z.B. der Uniklinik Ulm) |  | \_\_ \_\_ cssri\_sur\_amb\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_sur\_amb\_times\_unknown | | cssri\_sur\_amb\_reason |
| Geriatrische Institutsambulanz |  | \_\_ \_\_ cssri\_ger\_amb\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_ger\_amb\_times\_unknown | | cssri\_ger\_amb\_reason |
| **sonstige Klinik / Ambulanz**  Bitte geben Sie die Fachrichtung  der Klinik oder der Ambulanz an:  cssri\_other\_clinic |  | \_\_ \_\_ cssri\_other\_clinic\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_other\_clinic\_times\_unknown | | cssri\_other\_clinic\_reason |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Ärzte Kommentar cssri\_other\_clinic\_comment |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Nichtärztliche Therapeut:innen oder alternative Heilmethoden** | | |  | |
| Haben Sie während der letzten 3 Monate ambulante Behandlungen bei **nichtärztlichen Therapeutinnen oder Therapeuten bzw. Vertreterinnen oder Vertretern alternativer Heilmethoden** wahrgenommen? cssri\_q6 | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 | |
| Fachpersonal |  | Termine (Anzahl) in den letzten 3 Monaten | | Behandlungsgrund |
| Ergotherapeut\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_ergo\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_ergo\_times\_unknown | |  |
| Physiotherapeut\*in Krankengymnast\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_physio\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_physio\_times\_unknown | |  |
| Logopäd\*in/ Sprach- und  Schlucktherapeut\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_logo\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_logo\_times\_unknown | |  |
| Ernährungsberater\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_diet\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_diet\_times\_unknown | |  |
| Niedergelassene\*r psychologischer Psychotherapeut\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_psychotherapy\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_psychotherapy\_times\_unknown  **=> umbenannt in SAS: cssri\_psychotherapy\_times\_un** | |  |
| Heilpraktiker\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_healer\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_healer\_times\_unknown | |  |
| Osteopath\*in |  | \_\_ \_\_ cssri\_osteopath\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_osteopath\_times\_unknown | |  |
| **Ambulante Therapeuten 1**  Bitte geben Sie die Fachrichtung an:  cssri\_amb\_therapy\_1 |  | \_\_ \_\_ cssri\_amb\_therapy\_1\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_amb\_therapy\_1\_times\_unknown  **=> umbenannt in SAS: cssri\_amb\_therapy\_1\_times\_un** | |  |
| **Ambulante Therapeuten 2**  Bitte geben Sie die Fachrichtung an:  cssri\_amb\_therapy\_2 |  | \_\_ \_\_ cssri\_amb\_therapy\_2\_times ☐ unbekannt 1  cssri\_amb\_therapy\_2\_times\_unknown  **=> umbenannt in SAS: cssri\_amb\_therapy\_2\_times\_un** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Nichtärztliche Therapie Kommentar cssri\_ alternative\_comment |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** **Hilfs- und Pflegeangebote** | | |  | |
| Haben Sie während der letzten 3 Monate **Hilfs- und Pflegeangebote** in Anspruch genommen? cssri\_q7  Hauswirtschaftshilfe, Mitarbeiter einer Sozialstation, Pflegedienst, Psychiatrische Tagespflege, Betreuer etc.  Bitte führen Sie hier nicht auf: Ambulante Wohnbetreuung oder 24h Pflegekraft, die schon oben in der Wohnsituation genannt wurde. | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 | |
| Fachpersonal |  | Bereits vor Aufenthalt in Chirurgie Uniklinik Ulm im gleichen Umfang? | | Termine (Anzahl) in den letzten 3 Monaten |
| Hauswirtschaftshilfe |  | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 cssri\_housekeeper | | \_\_ \_\_ cssri\_housekeeper\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_housekeeper\_times\_unknown |
| Mitarbeiter einer Sozialstation/eines ambulanten Pflegedienstes |  | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 cssri\_social\_care | | \_\_ \_\_ cssri\_social\_care\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_social\_care\_times\_unknown |
| Tagespflege für Ältere Menschen |  | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 cssri\_day\_care | | \_\_ \_\_ cssri\_day\_care\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_day\_care\_times\_unknown |
| Ehrenamtliche Betreuer (Angehöriger, …) |  | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 cssri\_volunteer | | \_\_ \_\_ cssri\_volunteer\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_volunteer\_times\_unknown |
| Berufsbetreuer |  | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0 cssri\_caregiver | | \_\_ \_\_ cssri\_caregiver\_times ☐ unbekannt 1 cssri\_caregiver\_times\_unknown |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachpersonal** | **Fachrichtung**  **Bitte geben Sie die Art des Hilfs- / Pflegeangebotes an:** | **Bereits vor Aufenthalt in Chirurgie Uniklinik Ulm im gleichen Umfang?** |
| **Sonstige Hilfs- / Pflegeangebote** 1 | cssri\_other\_caregivers\_1\_details | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99  cssri\_other\_caregivers\_1 |
| **Sonstige Hilfs- / Pflegeangebote** 2 | cssri\_other\_caregivers\_2\_details | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99  cssri\_other\_caregivers\_2 |

|  |  |
| --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Hilfs- und Pflegeangebote Kommentar cssri\_caregiver\_comment |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Zuzahlungen** |  |
| Sind Sie von den Zuzahlungen zu Medikamenten befreit? cssri\_q8 | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99  Wenn Nein: Wieviel Geld haben Sie in den letzten 3 Monaten für die Zuzahlung zu verordneten Arzneimitteln aufgewendet? cssri\_additional\_payment  Summe in €: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| Sind Sie von der jährlichen Zuzahlung für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthaltes befreit? cssri\_q9 | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99 |
| Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** in einer nichtprivaten Wohnform (außer Krankenhaus) gelebt? cssri\_q10 | ☐ Ja 1  Wenn Ja: Wieviel Geld mussten Sie selbst für Ihre  Unterbringung zahlen? \_\_ \_\_ \_\_ €/~~Tag~~ Monat  cssri\_costs\_accomodation  ***=> Wegen Bitte der study nurses: Einheit wurde am 14.11.2023 von \_€/Tag auf \_€/Monat umgestellt. Vorher eingegebene Daten wurden von study nurses nachträglich umgerechnet auf \_€/Monat***  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99 |
| Haben Sie in den **letzten 3 Monaten** noch weitere bislang nicht genannte, gesundheitsbezogene Ausgaben gehabt? cssri\_q11  (z.B. Fahrtkosten zu Behandlungsterminen, Rezeptgebühren, Zuzahlungen, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)) | ☐ Ja 1  Wenn Ja: Wieviel Geld mussten Sie selbst für  sonstige gesundheitsbezogene Ausgaben zahlen?   \_\_ \_\_ \_\_ €/Tag cssri\_costs\_health  Art der Ausgaben: \_\_\_\_\_\_ cssri\_other\_costs  ***=> Achtung: die Einheit /Tag wurde nicht immer eingehalten***  ☐ Nein 0  ☐ Unbekannt 99 |

|  |  |
| --- | --- |
| Anmerkungen:  CSSRI Zuzahlungen Kommentar cssri\_additional\_payment\_comment **=> umbenannt in SAS: cssri\_additional\_payment\_commen** |  |

\* Hinweis Interviewer:in: Bei Behandlungsgrund sollte abgefragt werden, weswegen die Behandlung erfolgte. Hierbei sollte nach offener Frage auch eine Liste mit potentiellen unerwünschten Ereignissen abgefragt werden. Diese Liste entspricht einer Auswahl der Trigger Liste beim Aktenreview, die von Teilnehmer:innen oder deren Bezugspersonen anamnestisch abprüfbar sind.

Behandlungsgrund: cssri\_diagnosis (Variable leer)

|  |
| --- |
| Sturz |
| Fieber oder Hypothermie |
| Schlaganfall/Hirnblutung |
| Infektionen, z.B.  Harnwegsinfektion  Pneumonie  Wundinfektion  andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tiefe Beinvenenthrombose |
| Lungenarterienembolie |
| Thrombophlebitis oder Hautschädigung |
| Herzinfarkt, AP-Beschwerden |
| Herzrhythmusstörungen |
| Kardiale Dekompensation |
| Gastrointestinale Blutung |
| Hinweise auf Delir |
| Druckulkus |
| Ileus |
| Anämie |
| Hypoglykämie |
| Positive Blutkultur |
| Akutes Nierenversagen |
| Re-Operation |
| Postoperative Komplikation, z.B.  Knochen Zement Embolie  Dislokation von Osteosynthesematerial  Luxation von Gelenken oder Gelenkprothesen  Erneute Fraktur  Ausriss Osteosynthesematerial (cut out)  Aseptische Lockerung  Naht-Dehiszenz inkl. Platzbauch  andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Medikamenten-Nebenwirkung |
| Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Fragen an den Hausarzt/die Hausärztin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  **Hausärztin/Hausarzt 2**  Hausärztin/Hausarzt lehnt Teilnahme ab 3  Hausärztin/Hausarzt nicht erreicht 4  gp\_followup\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  T6 Follow-up 90d (+/- 7d) telefonische Befragung  gp\_followup\_date | gp\_followup\_assessor gp\_followup\_completeness gp\_followup\_comment |

1. **Wie zufrieden sind Sie mit der Nachsorge/Weiterbehandlung Ihrer Patientin/ ihres Patienten nach der Entlassung aus der unfallchirurgischen/allgemeinchirurgischen/urologischen Klinik der Uniklinik Ulm vor ca. 3 Monaten insgesamt gewesen?**gp\_followup\_overall\_satisfaction

Sehr zufrieden 0

Eher zufrieden 1

Eher unzufrieden 2

Sehr unzufrieden 3

1. **War das Entlassziel des Patienten/ der Patientin aus der chirurgischen Klinik (vor ca. 3 Monaten) aus Ihrer Sicht die best-mögliche Wahl?** gp\_followup\_coc\_satisfaction

Ja 1

Nein 0

1. **Wenn Nein: Welche Nachsorge-Empfehlung wäre im Nachhinein betrachtet aus Ihrer Sicht die Beste für den/die Patient:in gewesen?** gp\_followup\_coc\_suggestion

Nach Hause 0 + details

Mit Zusatzoption? (Mehrfachauswahl) gp\_followup\_coc\_details

Mit zusätzlichen Hilfen (z.B. Pflegedienst) 0

Mit 24h Pflegekraft 1

Ambulante geriatrische Rehabilitation beantragt 2

Stationäre geriatrische Reha beantragt 3

Stationäre fachspezifische (z.B. orthopädische) Reha beantragt 4

nach Hause wie bisher 5

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (vorbestehend) 1

Pflegeheim/Kurzzeitpflege (neu organisiert) 2

Geriatrische Rehaklinik (Direktverlegung) 3

Orthopädische oder andere Rehaklinik (Direktverlegung) 4

Geriatrische Akutklinik 5

Andere Akutmedizinische Klinik 6 + details

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Weswegen wurde der Pat. in diesem Zusammenhang verlegt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alters-/ Gerontopsychiatrische Klinik 7

Andere: 98 + details \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Telefonischer Fragebogen Follow-up nach 12-18 Monaten (T7)

## Allgemeine Angaben zum Erhebungszeitpunkt

**Konnte die Befragung stattfinden?** fu12\_missingz

**T7: Hinweis für Interviewer:in:**

* Bitte weisen Sie die Teilnehmer zu Beginn darauf hin, dass die telefonische Befragung ca. 20 Minuten dauern wird.
* Bitten Sie die Teilnehmer vor Beginn der Befragung, evtl. vorhandene Hörgeräte einzusetzen (und anzuschalten).
* Nennen Sie dem/der Teilnehmer/in den Namen der Klinik und den Ort, von dem Sie anrufen (auch bei Anruf aus dem „Homeoffice“ trotzdem Namen und Ort der Klinik nennen!). Erinnern Sie daran, dass er/sie dort in der Klinik war und die ersten Befragungen ebenfalls dort stattgefunden haben.

Ja 0

**T7: Befragung kann stattfinden** fu12\_sourcez

☐ telefonische Befragung des/der Teilnehmenden (bzw. Betreuers/Betreuerin oder Bevollmächtigten/

Bevollmächtigter) 0

☐ telefonische Befragung des/der Teilnehmenden und einer Bezugsperson 1

☐ telefonische Befragung einer Bezugsperson 2

**Bemerkungen zum Interview:** fu12\_notez

☐ Befragung komplett ohne Unterbrechung durchgeführt 0

☐ Befragung komplett mit Unterbrechung durchgeführt 1

☐ Befragung teilweise durchgeführt/vorzeitig abgebrochen 2

Wenn nicht komplett durchgeführt, bitte Grund angeben:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nein 1

**Grund:** fu12\_missing\_reasonz

☐ Teilnehmer:in lehnt Befragung ab 0

☐ Teilnehmer:in ist nicht in der Lage für eine Befragung 1

☐ Termin konnte für diesen Zeitraum nicht vereinbart werden 2

☐ Teilnehmer:in nicht erreichbar 3

☐ Teilnehmer:in verstorben 5

**Interviewer**

Initialen \_\_\_ \_\_\_ fu12\_assesorz

**Datum der Erhebung**

Datum fu12\_manualdate Uhrzeit Start fu12\_start Uhrzeit Ende fu12\_end

Erhebung \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_

Alle grau markierten Variablen gibt es nicht im Datensatz, da keine Werte eingegeben wurden

**Bedingungen während der Erhebung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Störungen** fu12\_distractionz | | **Weitere Personen** further\_personz | |
| Keine Störungen 0  Leichte Störungen Gang (z.B. Zimmernachbar redet leise während Untersuchung) 1  Starke Störungen (z.B. beständige Hintergrundgeräusche) 2  Sonstige/Kommentar: 98 | | Keine weiteren Personen 0  Angehörige/Bezugsperson/en 1  Zimmernachbar/n 2  Krankenhauspersonal 3  Sonstige/Kommentar: 98 | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fu12\_distraction\_comment | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ further\_person\_comment | |

**Wenn ein/e Teilnehmer:in nicht erreichbar war für die Befragung, bitte 5 Kontaktversuche angeben (diese müssen mindestens an 3 unterschiedlichen Tagen und zu mindestens 3 unterschiedlichen Tages-/Uhrzeiten stattfinden):**

**Datum und Uhrzeit und Art (Mehrfachauswahl möglich) / Kommentar**

**1. \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ tt.mm.jjjj \_\_\_:\_\_\_ hh:mm** ☐ Handy

missing\_attempt1\_date missing\_attempt1\_time missing\_attempt1\_mobile

☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

missing\_attempt1\_home missing\_attempt1\_mail missingattempt1\_other

**2. \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ tt.mm.jjjj \_\_\_:\_\_\_ hh:mm** ☐ Handy

missing\_attempt2\_date missing\_attempt2\_time missing\_attempt2\_mobile

☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

missing\_attempt2\_home missing\_attempt2\_mail missing\_attempt2\_other

missing\_attempt2\_comment

**3. \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ tt.mm.jjjj \_\_\_:\_\_\_ hh:mm** ☐ Handy

missing\_attempt3\_date missing\_attempt3\_time missing\_attempt3\_mobile

☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

missing\_attempt3\_home missing\_attempt3\_mail missing\_attempt3\_other

**4. \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ tt.mm.jjjj \_\_\_:\_\_\_ hh:mm** ☐ Handy

missing\_attempt4\_date missing\_attempt4\_time missing\_attempt4\_mobile

☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

missing\_attempt4\_home missing\_attempt4\_mail missing\_attempt4\_other

**5. \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_ tt.mm.jjjj \_\_\_:\_\_\_ hh:mm** ☐ Handy

missing\_attempt5\_date missing\_attempt5\_time missing\_attempt5\_mobile

☐ Festnetz ☐ Mail ☐ Sonstiges/Kommentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

missing\_attempt5\_home missing\_attempt5\_mail missing\_attempt5\_other

## CSSRI Fragebogen (adaptiert)

Hinweis an Interviewer:in: Bitte bei „seit unserer letzten Befragung“ jeweils den Zeitpunkt der zuletzt durchgeführten Befragung nennen. Bitte Daten mit dem letzten CSSRI-Bogen von T6 und SAP prüfen, sodass keine doppelten Daten erfasst werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:cssri\_sourcez  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte:  T7 Follow-up 12-18 Monate telefonische Befragung |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stationärer Aufenthalt (z. B. Uniklinik Ulm)** | | | | |  | | |
| Wurden Sie seit unserer letzten Befragung stationär (d. h. mit Übernachtung) in einem **Krankenhaus** behandelt? cssri\_fu12\_q1z  \*Bsp.: chirurgische, internistische, geriatrische oder psychiatrische Station oder Klinik, geriatrische oder orthopädische Rehabilitationskliniken | | | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 | | |
| **Angaben zu Aufenthalten** | Aufnahmedatum  (Tag der Aufnahme in der Klinik, tt/mm/jj) | | Entlassdatum  (Tag der Entlassung aus der Klinik, tt/mm/jj) | | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der in der Klinik verbrachten Tage) | | |
| **Somatische (Innere, Chirurgie, Geriatrie, etc.)** Klinik oder Abteilung | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_sclinic\_admission | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_sclinic\_discharge ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_sclinic\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_sclinic\_daysu | | |
| Name der Klinik:  cssri\_sclinic\_name | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_sclinic\_reasonz  cssri\_sclinic\_reason2 \* | |  |
| **Psychiatrische** Klinik oder Abteilung / Suchtklinik oder -abteilung | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_pclinic\_admission | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_pclinic\_daysu | | |
| Name der Klinik:  cssri\_pclinic\_name | | | | Behandlungsgrund: \* cssri\_pclinic\_reasonz cssri\_pclinic\_reason2 \* | |  |
| **Angaben zu Aufenthalten** | Aufnahmedatum  (Tag der Aufnahme in der Klinik, tt/mm/jj) | | Entlassdatum  (Tag der Entlassung aus der Klinik, tt/mm/jj) | | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der in der Klinik verbrachten Tage) | |  |
| **Somatische** (Geriatrische, Orthopädische, etc.) Rehabilitationsklinik | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_srehab\_admission | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_srehab\_discharge ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_srehab\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_srehab\_daysu | | |
| Name der Rehabilitationsklinik:  cssri\_srehab\_name | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_srehab\_reasonz  cssri\_srehab\_reason2 \* | |  |
| **Psychiatrische** Rehabilitationsklinik | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_prehab\_daysu | | |
| Name der psychiatrischen Rehabilitationsklinik: | | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_prehab\_reason2 \* |  | |
| **Sonstige** Krankenhäuser | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_f1clinic\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ cssri\_f1clinic\_ discharge ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_f1clinic\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_f1clinic\_daysu | | |
| Name und Fachrichtung der Klinik:  cssri\_f1clinic\_name | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_f1clinic\_reasonz  cssri\_f1clinic\_reason2 \* | | |
| **Sonstige** Krankenhäuser | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_f2clinic\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ cssri\_f2clinic\_ discharge ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  cssri\_f2clinic\_days  ☐ unbekannt 1  cssri\_f2clinic\_daysu | | |
| Name und Fachrichtung der Klinik:  cssri\_f2clinic\_name | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_f2clinic\_reasonz  cssri\_f2clinic\_reason2 \* | | |
| **Angaben zu Aufenthalten** | | Aufnahmedatum  (Tag der Aufnahme in der Klinik, tt/mm/jj) | | Entlassdatum  (Tag der Entlassung aus der Klinik, tt/mm/jj) | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der in der Klinik verbrachten Tage) | | |
| **Sonstige** Krankenhäuser | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_f3clinic\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ cssri\_f3clinic\_ discharge ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_f3clinic\_daysu | | |
| Name und Fachrichtung der Klinik:  cssri\_f3clinic\_name | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_f3clinic\_reasonz  cssri\_f3clinic\_reason2 \* | | |
| **Sonstige** Krankenhäuser | | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort | | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_f4clinic\_daysu | | |
| Name und Fachrichtung der Klinik: | | | Behandlungsgrund: \*  cssri\_f4clinic\_reason2 \* | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kommentar: cssri\_q1z\_comment |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wohnsituation (z. B. zu Hause, bei Kindern, im Pflegeheim)** | | | |  |
| Wie bzw. wo haben Sie seit unserer letzten Befragung gewohnt? cssriq2z  Bsp. andere Wohnumgebung: Wohn- und / oder Pflegeeinrichtung, Bsp. Hilfsangebot: ambulant betreutes Wohnen zuhause | | | | ☐ Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 |
| **Angaben zu Aufenthalten** | Bereits bei letzter Befragung dort gelebt? | Einzugsdatum  (Tag des Einzugs, tt/mm/jj) | Auszugsdatum  (Tag des Auszugs, tt/mm/jj) | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der Tage in dem Heim) |
| **Alten- und Pflegeheim/ Senior:innen-heim (stationäre Pflege)** | ☐ Ja 1  cssri\_stationary\_care\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_stationary\_care\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_stationary\_care\_discharge ☐ aktuell dort 1  cssri\_stationary\_care\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_stationary\_care\_daysu |
| Name des Pflegeheims: cssri\_stationary\_care\_name | | |
| Psychiatrisches Wohnheim | ☐ Ja 1  cssri\_psychic\_care\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort 1  cssri\_psychic\_care\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_psychic\_care\_daysu |
| Name des psychiatrischen Wohnheims: | | |
| **Betreutes bzw. Senior:innen-ge-rechtes Wohnen in Wohn-gemeinschaft** | ☐ Ja 1  cssri\_shared\_apartment\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort 1  cssri\_shared\_apartment\_discharge | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_shared\_apartment\_daysu |
| Name des Trägers oder der WG: cssri\_shared\_apartment\_name | | |
| **Betreutes bzw. Senior:innen-gerechtes Wohnen in Einzelwohnung** | ☐ Ja 1  cssri\_single\_apartment\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort 1  cssri\_single\_apartment\_discharge | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_single\_apartment\_daysu |
| Name des Trägers: | | |
| **Wohnen mit (Ehe-) Partner zu Hause**  **(andere Familien-mitglieder: s. u.)** | ☐ Ja 1  cssri\_home\_partner\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort 1  cssri\_home\_partner\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_home\_partner\_daysu |
| **Angaben zu Aufenthalten** | Bereits bei letzter Befragung dort gelebt? | Einzugsdatum  (Tag des Einzugs, tt/mm/jj) | Auszugsdatum  (Tag des Auszugs, tt/mm/jj) | **oder** Zahl der Tage  (Anzahl der Tage in dem Heim) |
| **Wohnen alleine zu Hause** | ☐ Ja 1  cssri\_home\_alone\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ ☐ aktuell dort 1  cssri\_home\_alone\_discharge | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_home\_alone\_daysu |
| **Wohnen zu Hause mit 24h-Pflegekraft** | ☐ Ja 1  cssri\_home\_24h\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_24h\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_home\_24h\_discharge  ☐ aktuell dort 1  cssri\_home\_24h\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_home\_24h\_daysu |
| **Wohnen bei einem Familien-mitglied (z. B. Kinder, Enkel) (Ehepartner: s. o.)** | ☐ Ja 1  cssri\_family\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_family\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_family\_discharge ☐ aktuell dort 1  cssri\_family\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_family\_daysu |
| **Andere Wohn-situationen / andere Hilfe in häuslicher Umgebung** | ☐ Ja 1  cssri\_other\_living\_admissionb | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_other\_living\_admission | \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  cssri\_other\_living\_discharge ☐ aktuell dort 1  cssri\_other\_living\_dischargeb | \_\_ \_\_ \_\_ Tage  ☐ unbekannt 1  cssri\_other\_living\_daysu |
| Art der Wohnsituation / Hilfe: cssri\_other\_living\_type | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kommentar: **cssri\_q2z\_comment** |  |  |

**Aktuelle Wohnsituation social\_livingz** (*in einer einzigen Variable zusammengefasst aus obiger Frage zu Wohnsituation)*

☐ Alten- und Pflegeheim/ Senior:innen-heim (stationäre Pflege) 1

☐ Psychiatrisches Wohnheim 2

☐ Betreutes bzw. Senior:innen-gerechtes Wohnen in Wohn-gemeinschaft 3

☐ Betreutes bzw. Senior:innen-gerechtes Wohnen in Einzelwohnung 4

☐ Wohnen mit (Ehe-) Partner zu Hause (andere Familien-mitglieder: s. u.) 5

☐ Wohnen alleine zu Hause 6

☐ Wohnen zu Hause mit 24h-Pflegekraft 7

☐ Wohnen bei einem Familien-mitglied (z. B. Kinder, Enkel) (Ehepartner: s. o.) 8

☐ Andere Wohn-situationen / andere Hilfe in häuslicher Umgebung 9

**Zusatzfrage:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Haben Sie einen Pflegegrad?** social\_gradez | ☐ Ja, 1 Pflegegrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1-5) social\_gradeb 1-5  Nein 0  Beantragt 98  Weiß nicht 99  Teilnehmer:in verweigert Antwort 100  Teilnehmer:in kann nicht antworten 101 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Notfallambulanz, ärztlicher Notdienst** | | |  |
| Haben Sie seit unserer letzten Befragung die **Notfallambulanz** eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Fachklinik oder einen **ärztlichen Notdienst** in Anspruch genommen? cssriq5z | | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 |
| **Einrichtungen / Fachpersonal** |  | **Anzahl seit letzter Befragung** | **Behandlungsgrund \*** |
| Notfallambulanz eines Allgemeinkrankenhauses |  | \_\_ \_\_ cssri\_amb\_clinic\_times | cssri\_amb\_clinic\_reason  cssri\_amb\_clinic\_reason2 \* |
| Notfallambulanz einer Fachklinik  Bitte geben Sie die Fachrichtung der Klinik an: cssri\_spec\_clinic\_name |  | \_\_ \_\_ cssri\_spec\_clinic\_times | cssri\_spec\_clinic\_reasonz  cssri\_spec\_clinic\_reason2 \* |
| Kassen- oder privatärztlicher Notdienst |  | \_\_ \_\_  cssri\_kasse\_times | cssri\_kasse\_reasonz cssri\_kasse\_reason2 \* |

|  |
| --- |
| Kommentar: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hilfs- und Pflegeangebote** | |  |
| Haben Sie seit unserer letzten Befragung **Hilfs- und Pflegeangebote** in Anspruch genommen? cssri\_q7z  Hauswirtschaftshilfe, Mitarbeiter einer Sozialstation, Pflegedienst, Psychiatrische Tagespflege, Betreuer etc.  Bitte führen Sie hier nicht auf: Ambulante Wohnbetreuung oder 24h Pflegekraft, die schon oben in der Wohnsituation genannt wurde. | | ☐ Ja 1  ☐ Nein 0  ☐ Weiß nicht 99  ☐ Teilnehmer verweigert Antwort 100  ☐ Teilnehmer kann nicht antworten 101 |
| **Fachpersonal** | **Bereits bei letzter Befragung im gleichen Umfang?** | **Termine (Anzahl) seit letzter Befragung** |
| Hauswirtschaftshilfe | □ Ja 1  □ Nein, es ist jetzt mehr 2  □ Nein, es ist jetzt weniger 3  cssri\_housekeeperz | \_\_ \_\_  cssri\_housekeeper\_times |
| Mitarbeitende einer Sozialstation/eines ambulanten Pflegedienstes | □ Ja 1  □ Nein, es ist jetzt mehr 2  □ Nein, es ist jetzt weniger 3  cssri\_social\_carez | \_\_ \_\_  cssri\_social\_care\_timesz |
| Tagespflege für Ältere Menschen | □ Ja 1  □ Nein, es ist jetzt mehr 2  □ Nein, es ist jetzt weniger 3  cssri\_daycarez | \_\_ \_\_  cssri\_daycare\_timesz |
| Ehrenamtliche Betreuer:in (Angehörige:r, …) | □ Ja 1  □ Nein, es ist jetzt mehr 2  □ Nein, es ist jetzt weniger 3  cssri\_volunteerz | \_\_ \_\_  cssri\_volunteer\_times |
| Berufsbetreuer:in | □ Ja 1  □ Nein, es ist jetzt mehr 2  □ Nein, es ist jetzt weniger 3  cssri\_caregiverz | \_\_ \_\_  cssri\_caregiver\_times |

|  |
| --- |
| Kommentar: cssri\_q7z\_comment |

\* Hinweis an Interviewer:in: Bei Behandlungsgrund sollte abgefragt werden, weswegen die stationäre Behandlung oder Behandlung in einer Notfallambulanz / durch einen ärzutlichen Notdienst erfolgte. Hierbei sollte nach offener Frage auch eine Liste mit potenziellen unerwünschten Ereignissen abgefragt werden.

Behandlungsgrund:

|  |
| --- |
| - Sturz |
| - Fieber oder Hypothermie (Unterkühlung) |
| - Schlaganfall/Hirnblutung |
| - Infektionen, z.B.  - Harnwegsinfektion (Blasenentzündung)  - Pneumonie (Lungenentzündung)  - Wundinfektion  - andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Tiefe Beinvenenthrombose (Thrombose) |
| - Lungenarterienembolie (Lungenembolie) |
| - Thrombophlebitis (Venenentzündung) oder Hautschädigung |
| - Herzinfarkt, AP-Beschwerden (Herzinfarkt und verwandte Symptome) |
| - Herzrhythmusstörungen |
| - Kardiale Dekompensation (Herzschwäche, akut verschlechtert) |
| - Gastrointestinale Blutung (Magen-Darm-Blutung) |
| - Hinweise auf Delir (Neu aufgetretene Verwirrtheit) |
| - Druckulkus (Hautschädigung durch Druck / Lagerung) |
| - Ileus (Darmverschluss) |
| - Anämie (Blutarmut / zu wenig Blut) |
| - Hypoglykämie (Unterzuckerung) |
| - Positive Blutkultur (Bakterien im Blut / Blutvergiftung) |
| - Akutes Nierenversagen |
| - Re-Operation (Erneute Operation)  Art der Operation:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Postoperative Komplikation (Probleme nach Operation), z. B.  - Knochenzement-Embolie (Über Blut verschlepptes Knochenmaterial)  - Dislokation von Osteosynthesematerial (Verschiebung von OP-Material)  - Luxation von Gelenken oder Gelenkprothesen (Gelenk(-prothese) rausgesprungen)  - Erneute Fraktur (Erneuter Bruch)  - Ausriss Osteosynthesematerial (cut-out) (Ausriss von OP-Material)  - Aseptische Lockerung (Lockerung von OP-Material)  - Naht-Dehiszenz inkl. Platzbauch (Naht aufgegangen, Platzbauch)  - andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Medikamenten-Nebenwirkung |
| - Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Lebensqualität: EQ – 5D – 5L

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle: nur Teilnehmer:in erlaubt  **☐ Teilnehmer:in** 0  ☐ Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  ☐ Teilnehmer:in kann nicht antworten 4  eq\_fu12\_sourcez | Vorgesehene Zeitpunkte:  T7 Follow-up 12-18 Monate telefonische Befragung |  |

**„Wir versuchen herauszufinden, was Sie über Ihre Gesundheit denken. Ich werde Ihnen fortlaufend erklären, was zu tun ist. Unterbrechen Sie mich bitte, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wir sind nur an Ihrer eigenen Meinung interessiert.“**

**„Zuerst werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen. Jede Frage hat fünf Antwortmöglichkeiten. Sagen Sie mir bitte, welche Antwort Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.“**

**„Wählen Sie in jeder Fragengruppe nicht mehr als eine Antwort aus.“**

1. **BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT** eq\_fu12\_1z

**„Zuerst möchte ich Sie zur Beweglichkeit beziehungsweise Mobilität befragen. Würden Sie sagen, dass …“**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben herumzugehen? | 0 |
| 2. Sie l**eichte** Probleme haben herumzugehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben herumzugehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben herumzugehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind herumzugehen? | 4 |

1. **FÜR SICH SELBST SORGEN** eq\_fu12\_2z

**„Als Nächstes möchte ich Sie dazu befragen, wie Sie für sich selbst sorgen. Würden Sie sagen, dass …“**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind, sich selbst zu waschen oder anzuziehen? | 4 |

1. **ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN** eq\_fu12\_3z

**„Als Nächstes möchte ich Sie über alltägliche Tätigkeiten, z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten, befragen. Würden Sie sagen, dass …“**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 2 |
| 4. Sie **große** Probleme haben, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 3 |
| 5. Sie **nicht** in der Lage sind, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen? | 4 |

1. **SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN** eq\_fu12\_4z

**„Als Nächstes möchte ich Sie zu den Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen. Würden Sie sagen, dass …“**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **keine** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 0 |
| 2. Sie **leichte** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 1 |
| 3. Sie **mäßige** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 2 |
| 4. Sie **starke** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 3 |
| 5. Sie **extreme** Schmerzen oder Beschwerden haben? | 4 |

1. **ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT** eq\_fu12\_5z

**„Abschließend möchte ich Sie zur Angst oder Niedergeschlagenheit befragen. Würden Sie sagen, dass …“**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Sie **nicht** ängstlich oder deprimiert sind? | 0 |
| 2. Sie **ein wenig** ängstlich oder deprimiert sind? | 1 |
| 3. Sie **mäßig** ängstlich oder deprimiert sind? | 2 |
| 4. Sie **sehr** ängstlich oder deprimiert sind? | 3 |
| 5. Sie **extrem** ängstlich oder deprimiert sind? | 4 |

## Lebensqualität EQ – VAS

***„Nun möchte ich Sie bitten, mir zu sagen, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.“***

***„Ich möchte, dass Sie versuchen, sich eine Skala vorzustellen, die wie ein Thermometer aussieht.“***

***„Die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist mit der Zahl 100 (Einhundert) am oberen Ende der Skala gekennzeichnet, und die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, ist am unteren Ende mit der Zahl 0 (Null) gekennzeichnet.“***

***„Ich möchte nun, dass Sie mir sagen, wo auf der Skala Sie Ihre Gesundheit HEUTE ansiedeln würden.“***

Hinweis für Interviewer:in: Kreuzen Sie auf der Skala die Stelle an, die die/der Befragte für seine/ihre Gesundheit heute angibt. Dann tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

GESUNDHEIT DES/DER BEFRAGTEN HEUTE =

eq\_fu12\_vas0-100

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## Barthel-Index (BI)

|  |  |
| --- | --- |
| Daten-Quelle:bi\_fu12\_sourcez  **☐ Teilnehmer:in** 0  ☐ Angehörige/Bezugsperson 1  ☐ Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  ☐ Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte:  T7 Follow-up 12-18 Monate telefonische Befragung |

Bitte beachten: Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Markieren Sie die zutreffende Einstufung in folgender Tabelle.

***"Ich werde Ihnen im Folgenden einige Fragen zu Ihrer Selbstständigkeit im Alltag (z. B. Essen, Körperpflege) stellen und bitte Sie mir zu sagen, welche Antworten auf Sie am ehesten zutreffen. Folgende Fragen zur Selbstständigkeit beziehen sich auf die aktuelle Situation.“***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. ESSEN** bi\_fu12\_1z | | |
| ☐ | 10 | Komplett selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung |
| ☐ | 5 | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung |
| ☐ | 0 | Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung |
| **2. AUFSETZEN UND UMSETZEN** bi\_fu12\_2z | | |
| ☐ | 15 | Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück |
| ☐ | 10 | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) |
| ☐ | 5 | Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) |
| ☐ | 0 | Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert |
| **3. SICH WASCHEN** bi\_fu12\_3z | | |
| ☐ | 5 | Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren |
| ☐ | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| **4. TOILETTENBENUTZUNG** bi\_fu12\_4z | | |
| ☐ | 10 | Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung |
| ☐ | 5 | Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich |
| ☐ | 0 | Benutzung faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl |
| **5. BADEN/DUSCHEN** bi\_fu12\_5z | | |
| ☐ | 5 | Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen |
| ☐ | 0 | Erfüllt „5“ nicht |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. AUFSTEHEN UND GEHEN** bi\_fu12\_6z | | |
| ☐ | 15 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen |
| ☐ | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen |
| ☐ | 5 | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen.  Alternativ: Im Wohnbereich komplett selbstständig mit Rollstuhl |
| ☐ | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| **7. TREPPENSTEIGEN** bi\_fu12\_7z | | |
| ☐ | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen |
| ☐ | 5 | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. Ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen |
| ☐ | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| **8. AN- UND AUSKLEIDEN** bi\_fu12\_8z | | |
| ☐ | 10 | Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus |
| ☐ | 5 | Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind |
| ☐ | 0 | Erfüllt „5“ nicht |
| **9. STUHLKONTROLLE** bi\_fu12\_9z | | |
| ☐ | 10 | Ist stuhlkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung |
| ☐ | 5 | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung |
| ☐ | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent |
| **10. HARNKONTROLLE** bi\_fu12\_10z | | |
| ☐ | 10 | Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK komplett selbstständig mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) |
| ☐ | 5 | Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems |
| ☐ | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_**  0-100 | **GESAMTPUNKTZAHL** errechnet bi\_fu12 |

## Life Space: New Mobility Score

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:life\_space\_fu12\_source  **Teilnehmer:in** 0  Angehörige/Bezugsperson 1  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte:  T7 Follow-up 12-18 Monate  telefonische Befragung |  |

Hinweis Interviewer:in: Der New Mobility Score ist ein Instrument, das dabei hilft, eine Prognose darüber zu treffen, inwieweit sich ein Klient/eine Klientin wieder selbstständig fortbewegen wird. Je höher der Score, desto wahrscheinlicher ist es, dass die Person in den genannten Mobilitätsfähigkeiten wieder selbstständig wird.

Bitte fragen Sie den/die Teilnehmende, ob die folgenden Aktivitäten noch für ihn/sie machbar sind und wenn ja, mit welcher Hilfestellung (Hilfsmittel oder personelle Hilfe).

***„Als nächstes möchte ich von Ihnen wissen, ob Sie bei einigen Aktivitäten Hilfe benötigen.***

***„Gelingt Ihnen aktuell …?“***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mobilitätsaktivitäten** | **Ohne**  **Schwierigkeiten**  **3** | **Mit Hilfsmitteln**  **2** | **Mit personeller Hilfe**  **1** | **Gar nicht**  **0** |
| 1. In der Wohnung gehen   life\_space\_fu12\_1 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 1. Nach draußen gehen   life\_space\_fu12\_2 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 1. Einkaufen gehen   life\_space\_fu12\_3 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

New Mobility Score (Life Space) life**\_**space\_fu12 0-9

## Charité Mobilitäts-Index (CHARMI)

|  |  |
| --- | --- |
| Daten-Quelle: **charmi\_fu12\_sourcez**  **Teilnehmer:in** 0  Krankenhausakte 2  Teilnehmer:in verweigert Assessment 3  Teilnehmer:in kann nicht antworten 4 | Vorgesehene Zeitpunkte:  T7 Follow-up 12-18 Monate  telefonische Befragung |

Hinweis Interviewer:in: Bitte wählen Sie aus der folgenden, hierarchisch sortierten Liste das jeweils beste selbstständig (=unabhängig von Hilfe) erfüllte Item und markieren Sie dies in der Verlaufstabelle mit Angabe des Erhebungsdatums. Hilfsmittel sind hierbei erlaubt. Rollstuhlmobilität wird separat kodiert.

***„Als nächstes möchte ich Sie um Ihre Einschätzung bitten, wie mobil Sie sind. Bitte sagen Sie mir zu jeder der nachfolgend genannten Tätigkeiten, ob Sie dazu selbstständig in der Lage sind.***

**Bewertung** charmi\_fu12

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | 0 | Vollständige Immobilität |
|  | 1 | Transfers im Bett Von Rückenlage in Seitenlage |
|  | 2 | Sitz an der Bettkante ≥30s freier Sitz, Transfer darf unterstützt sein |
|  | 3 | Transfer an die Bettkante Transfer in Sitzposition |
|  | 4 | Transfer Bett in Stuhl |
|  | 5 | Aufstehen Aus Sitz- in Standposition und ≥30s halten |
|  | 6 | Gehen bis 10m Auf Zimmerebene |
|  | 7 | Gehen 10 bis 50m Auf Stations-/Wohnungsebene |
|  | 8 | Gehen über 50m Mit reduzierter Gehstrecke oder Ganggeschwindigkeit |
|  | 9 | Treppensteigen ≥ eine Etage |
|  | 10 | Volle Mobilität |
|  | 11 | Rollstuhlmobilität Selbstständige Rollstuhlbenutzung |

# Zeitunabhängige Datenerhebung aus Patientenakte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Entlassakte/Arztbericht 2  discharge\_complications\_source | Vorgesehene Zeitpunkte:  Entlassung (retrospektiv)  discharge\_complications\_date | discharge\_complications\_assessor  discharge\_complications\_comment  discharge\_complications\_completeness  0= incomplete, 1=complete |

**=> alle discharge\_complications\_… Variablen umbenannt in SAS: d\_c\_...**

## Trigger für Fehler und unerwünschte Ereignisse

1. **Finden sich in der Patientenakte Trigger für ein unerwünschtes Ereignis (UE) / Fehler?** Hinweis Interviewer:in: Bitte aus Entlassbericht und Krankenakte entnehmen. Die Triggerereignisse werden anhand einer abgewandelten Liste des Global Trigger Tools definiert. Der Nachweis eines Trigger-Ereignisses ist nicht gleichzusetzen mit einem unerwünschten Ereignis oder eines Fehlers, bei Nachweis eines Triggers bedarf es einer genaueren Aktenanalyse, um diesen als unerwünschtes Ereignis oder Fehler zu bestätigen.
2. **Zeitliches Auftreten des Triggers (Tag.Monat.Jahr)**

Wenn ein Fehler oder UE vorliegt, wird das Datum dokumentiert. Hierbei wird das Datum gewählt, an welchem der Trigger aufgetreten ist

1. **Wenn ein Trigger vorliegt: Liegt ein Fehler oder unerwünschtes Ereignis vor?**

Fehler und unerwünschte Ereignisse treten beide im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung auf. Ein Fehler führt aber nicht zu einem Schaden am Patienten, während ein unerwünschtes Ereignis zu einem Schaden führt.

1. **Wenn ein Fehler oder unerwünschtes Ereignis vorliegt, wird die passende Diagnose oder Beschreibung anhand einer vordefinierten Liste angegeben.**

Hierfür sind die häufigsten unerwünschten Ereignisse als Vorauswahl definiert (siehe „Liste unerwünschte Ereignisse“ unten). Diese werden bei jedem Trigger als Auswahloptionen gelistet. Medikamenten-Nebenwirkungen erhalten eine gesonderte Auswahloption (siehe „Liste UE“ unter „Medikamenten-Nebenwirkungen“).

1. **Der Fehler/ UE wird in je nach Schweregrad in Kategorien von A bis I eingeteilt:**

**A:** Umstände oder Ereignisse, die die Fähigkeit haben einen Fehler zu verursachen.

**B:** Ein Fehler ist aufgetreten, aber hat den Patienten nicht erreicht.

**C:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat den Patienten erreicht. Dieser Fehler hat zu keinem Schaden geführt

**D:** Ein Fehler ist aufgetreten, hat den Patienten erreicht. Dies erforderte die Überwachung oder eine Intervention, um zu auszuschließen, dass der Fehler einen Patientenschaden verursacht hat.

**E:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat möglicherweise zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Patienten beigetragen oder zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung geführt und eine und Intervention nötig gemacht.

**F:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat möglicherweise zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung des Patienten beigetragen oder zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung geführt und eine verlängerte Hospitalisierung erfordert

**G:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat möglicherweise zu einer dauerhaften Beeinträchtigung des Patienten geführt oder dazu beigetragen.

**H:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat lebenserhaltende Maßnahmen erforderlich gemacht.

**I:** Ein Fehler ist aufgetreten und hat zum Tode des Patienten geführt.

1. **Fehler/ UE werden anhand der Klassifikation nach Clavien-Dindo in Grad I bis V eingeteilt.**

* **Grad I**: Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf, ohne Einsatz von [pharmakologischer](https://flexikon.doccheck.com/de/Pharmakologisch), [chirurgischer](https://flexikon.doccheck.com/de/Chirurgisch), [endoskopischer](https://flexikon.doccheck.com/de/Endoskopisch) oder [radiologischer](https://flexikon.doccheck.com/de/Radiologisch) Therapie erlaubt: [Antiemetika](https://flexikon.doccheck.com/de/Antiemetika),  Antipyretika, Analgetika, [Diuretika](https://flexikon.doccheck.com/de/Diuretika), Elektrolyte, [Physiotherapie](https://flexikon.doccheck.com/de/Physiotherapie), öffnen [infizierter](https://flexikon.doccheck.com/de/Infiziert) [Wunden](https://flexikon.doccheck.com/de/Wunde) am Patientenbett
* **Grad II:** Notwendigkeit anderweitiger pharmakologischer Therapeutika, [Bluttransfusionen](https://flexikon.doccheck.com/de/Bluttransfusion), [parenterale Ernährung](https://flexikon.doccheck.com/de/Parenterale_Ernährung)
* **Grad III**: Einsatz von chirurgischen, endoskopischen oder radiologischen Interventionen.

**Grad IIIa:** ohne [Vollnarkose](https://flexikon.doccheck.com/de/Vollnarkose)

**Grad IIIb:** mit Vollnarkose

* **Grad IV:** lebensbedrohliche Komplikationen, die eine  [intensivmedizinische](https://flexikon.doccheck.com/de/Intensivmedizin) Behandlung erfordern

**Grad IVa:** Dysfunktion eines Organs (einschließlich [Dialyse](https://flexikon.doccheck.com/de/Dialyse))

**Grad IVb:** Dysfunktion mehrerer Organe

* **V:** [Tod](https://flexikon.doccheck.com/de/Tod)

1. **Wurde der Fehler/ das UE im Arztbrief dokumentiert?**
2. **Wurde der Fehler/ das UE als ICD-Code dokumentiert?**
3. **In welchem Dokument wurde der Trigger gefunden?**

Auswahloptionen mit Mehrfachauswahl:

Kodierung, Arztbrief, Pflegedokumentation, ärztliche Dokumentation/Anordnung, gescannte Kurve, Laborbefunde, OP-Bericht, Bildgebungsbefund, PACU/ Intensiv- Protokoll, Narkoseprotokoll, Konsil, weiteres: \_\_\_\_\_\_\_ (Freitext)

1. **Beschreibung des Fehlers/ UE als Freitext (wenn notwendig)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Freitext)

1. **Medikamentennebenwirkungen:**

Diese werden gesondert gelistet. Die Auflistung erfolgt anhand der ATC-Codes. Bei einem potentiellen unerwünschten Ereignis oder Medikationsfehler können folgende Optionen gewählt werden (mit Mehrfachauswahl): Medikament unter potenziell inadäquate Medikation (PIM) gelistet, Medikament unter Fall risk increasing Drug (FRID) gelistet, Unterdosierung, Überdosierung, Fehlerhafte Gabe. Falls nötig können weitere Kommentare in einer Spalte aufgeführt werden.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Trigger GTT**  discharge\_complications\_<row\_label>\_***trigger***  discharge\_complications\_<row\_label>\_***data*** *zusammengesetzte Variable aus:*  Datum Trigger |Fehler/UE| Kategorie NCC MERP |Kategorie Clavien-Dindo |Doku Brief? |Doku ICD 10? |Beschreibung  discharge\_complications\_<row\_label>\_*data aufgetrennte Variablen: …data2 [*Datum Trigger] | …data2  Datum Trigger  NA, date | …data3  Fehler/ UE  NA,  1: Ja,  0: Nein | Diagnose/ Beschrei-bung Fehler/UE  discharge\_complications\_<row\_label>\_***diagnosis***  Diagnose/Beschreibung Fehler/UE | …data4  Kate-gorie  NCC MERP  NA, a-i | …data5  Kategorie Clavien- Dindo  NA,  grade{1,2,3a, 3b,4a,4b,5} | …data6  Doku Brief?  NA,  1: Ja,  0: Nein | …data7  Doku ICD 10?  NA,  1: Ja,  0: Nein | Quelle des Triggers  discharge\_complications\_<row\_label>\_***trsource*** | …data8  Beschrei-bung  NA, Freitext |
| **Allgemeine Behandlung** | Bluttransfusion oder Gabe von Blutprodukten  bluttransfusion | *XX.XX.XXXX ggf. als Kalender-auswahl* | J/N | *Drop down/ Aufklappen bzw. Auswahlop-tion (Mehrfach-auswahl)* ***siehe Auswahl Liste UE unten*** | *Auswahloption nach* ***Klassifikation***  ***A bis I*** *siehe oben* | *Auswahloption nach* ***Klassifikation Grad I bis V*** *siehe oben* | J/N | J/N | Kodierung Kodierung  Arztbrief Arztbrief  Pflegedokumentation  Pflegedokumentation  ärztliche Dokumentation/ Anordnung AerztlDokuAnord  gescannte Kurve Gescannte Kurve  Laborbefunde Laborbefunde  OP-Bericht OP-Bericht  Bildgebungsbefund Bildgebungsbefund  PACU/ Intensiv- protokoll PACU/Intensivprotokoll  Narkoseprotokoll Anaesthesieprotokoll  Konsil Konsil  Praemedikation  Aufklaerung  Dekubitusdoku  \_\_\_\_\_\_\_ Andere Quelle | Freitext |
|  | Verlegung auf eine Intensiv- oder Überwachungsstation verlegung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wiedervorstellung innerhalb von 2 Tagen nach Entlassung wiedervor2t |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wiederaufnahme innerhalb 90 Tagen nach Entlassung wiederauf90t |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Notfallteam, Herz-Kreislauf-Stillstand oder instabile Vitalwerte notfallteam |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ungeplante Dialyse ungepldialyse |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sono, Röntgen oder CT bzgl. TVT/LAE sonoroentct |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dokumentation eines Behandlungsfehlers dokubehafehler |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sturz sturz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fixierung fixierung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Labor** | Niedriger HB-Wert (Abfall > 25% des Ausgangswerts) niedrigerhb |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Niedriger BZ-Wert kleiner 50mg/dl niedrigerbz |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Positive Blutkultur posblutkult |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anstieg Kreatinin- oder Harnstoff-Wert über 2faches des Ausgangswert kreatharnst |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Erhöhter INR > 6 erhinr6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PTT >100s ptt100s |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anstieg Troponin-Werte troponin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Positive Stuhlkultur posstuhlkult |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Chirurgie/ OP** | Re-Operation reoperation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wechsel der Operationsmethode wechselopmeth |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ungeplante Beatmung ungeplbeatmung |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anästhesie-assoziierte Nebenwirkungen anaesthnw |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | intraoperative Gabe von Katecholaminen, Naloxon, Flumazenil katenaloflum |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Intensiv-station** | (Re-) Intubation, Tracheotomie, Koniotomie, NIV-Beatmung intutrachkonio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Beatmung > 24h postoperativ beat24h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wiederaufnahme Intensivstation/ Über-wachungsstation wiederaufintens |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Behandlung mit Prozedur auf Intensivstation behaprozintens |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Röntgen-bildgebung auf INT/PACU roentintpacu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Medikation** | Anaphylaxie anaphylaxie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Vitamin K Gabe vitkgabe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Flumazenil Gabe flumagabe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Naloxon Gabe naloxongabe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Antiemetika Gabe antiemgabe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Sedierung/ Hypotension sedihypoten |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fenistil/ Prednisolon Gabe fenisprednigabe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Medikamenten- Nebenwirkung |  |  | *Hier andere Auswahl-optionen: entsprech-end „Liste UE“ unter „Medika-menten NW“* |  |  |  |  |  |  |
|  | Abbruch der Medikation abbruchmedi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | andere Medikationsprobleme anderemediprob |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Geriatrie** | Sitzwache sitzwache |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verschlechterung der Kognition/ Vigilanz/ fluktuierende Verwirrtheit kognvigiverw |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Erbrechen erbrechen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Gewichtsveränderung > 2kg gewichtsver2kg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Fieber > 38°C oder Hypothermie < 36°C fieber38hypo36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Bakteriurie in Urinkultur bakturin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | CRP-Anstieg auf das doppelte des Ausgangs-wertess oder > 100 mg/dl crp100mg |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diagnose ohne Trigger** | / ohnetrigger{1-6} |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentennebenwirkung** |  | | |
| **Medikamente**  discharge\_complications\_mednw\_<nummer>  ATC-Code | Name | Medikament unter PIM gelistet | Medikament unter Fall risk increasing Drug (FRID) gelistet | Unterdosierung | Überdosierung | Fehlerhafte Gabe | Kommentar | **ATC Code** | **Potentielles UE/Fehler Medikament** | **Kommentar** |
| **1. Medikament** (als Suchfunktion in der bereits implementierten ATC-Codes Datenbank)  discharge\_complications\_mednw\_1 |  | ☐ Medikament unter **potentiell inadäquate Medikation** (PIM) gelistet  ☐ Medikament unter Fall risk increasing Drug (FRID) gelistet  ☐ Unter-dosierung  ☐ Über-dosierung  ☐ Fehlerhafte Gabe |  |
| 1. **Medikament** discharge\_complications\_mednw\_2 | …. | … | … |
| 1. **Ggf. weitere aufrufbar** discharge\_complications\_mednw\_... |  |  |  |

**Liste Unerwünschte Ereignisse (UE)** Text=Variablenausprägung

Ungeplanter intraoperativer Blutverlust

Postoperative Blutungsanämie

Postoperative Nachblutung

Herz-Kreislaufstillstand mit Reanimation

Herz-Kreislaufstillstand ohne Reanimation

Akutes Nierenversagen

Tiefe Beinvenenthrombose

Lungenarterienembolie

Akuter Gefäßverschluss

Schlaganfall

Hirnblutung

Unter Antikoagulation

Ohne Antikoagulation

Akute respiratorsiche Insuffizienz

Pleuraerguss

Fraktur

OP-Indikation

Konservative Behandlung

Verletzung mit medizinischem Versorgungsbedarf

Hyperglykämie > 400 mg/dl

Hypoglykämie < 50 mg/dl

Hypokalzämie

Nosokomiale Infektion

Harnwegsinfektion katheter-assoziiert

Harnwegsinfektion, nicht katheter-assoziiert

Pneumonie

Beatmungsassoziierte Pneumonie

Erysipel

Clostridien Infektion

Noro Infektion

Corona Infektion

Sepsis

Bakteriämie mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wundinfektion

unklarer Infektfokus

Infektion andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Thrombophlebitis

Herzinfarkt, AP-Beschwerden

Synkope

Herzrhythmusstörungen

Vorhofflimmern/flattern

Symptomatische Tachykardie

Symptomatische Bradykardie

AV Block Grad 2 oder 3

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kardiale Dekompensation

Gastrointestinale Blutung

Sub-/Ileus

Akutes Abdomen

Delir

Druckulkus

Neu entstanden

Verschlechterung zum Vorbefund

Harnstau

Urinom

Anaphylaxie

Auf: \_\_\_\_\_\_\_

Medikamenten NW

Postoperative Komplikation

Knochen Zement Embolie

Dislokation von Osteosynthesematerial

Luxation von Gelenken oder Gelenkprothesen

Erneute Fraktur

Ausriss Osteosynthesematerial (cut out)

Aseptische Lockerung

Naht-Dehiszenz inkl. Platzbauch

Abszessbildung im OP Gebiet

Hämatom im OP-Gebiet

Nahtinsuffizienz

Anastomoseninsuffizienz

Inkontinenz

andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intra-/postoperativer Tod

Verletzung bei Intervention/Prozedur

Pneumothorax

intraoperative Verletzung von Organen

andere:

Andere UE/ Fehler: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Beurteilung medizinische Entlassberichte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Daten-Quelle:  Entlassakte/Arztbericht | Vorgesehene Zeitpunkte:  Entlassung (retrospektiv) |  |

Hinweis Interviewerin: Die Beurteilung der medizinischen Entlassberichte erfolgt retrospektiv anhand des vorläufigen und endgültigen Entlassberichtes. Die Prüfung erfolgt hinsichtlich Vollständigkeit bzgl. u.g. Elemente und einem inhaltlichen Review durch die Studienärzt:innen.

|  |
| --- |
| **Dokumentationselement** |
| Aufnahmediagnose |
| Haupt-Entlassdiagnose |
| Liste weitere Entlassdiagnosen (inkl. relevanter geriatrischer Syndrome) |
| Aktuelle Anamnese |
| Relevanter körperlicher Untersuchungsbefund |
| Komplikationen |
| Behandlungsziele und -limitationen |
| Behandlungsverlauf |
| Operationen und weitere Prozeduren |
| Konsiliarische Mitbehandlungen |
| Medikation bei Aufnahme |
| Medikation bei Entlassung |
| Relevante Untersuchungsergebnisse (Labor, Röntgen etc.) |
| Ausstehende Untersuchungsergebnisse bei Entlassung |
| Medizinischer und funktioneller Status bei Entlassung |
| Weiterbehandlungsempfehlungen nach Entlassung (chirurgisch/ nicht-chirurgisch |
| Wiedervorstellungstermine nach Entlassung |
| Monitoring- Symptome nach Entlassung |
| Kontaktperson für Rückfragen |

## Sensor

Sensor angebracht - Interviewer sensor\_attached\_assessor

Sensor angebracht - Kommentar sensor\_attached\_comment

Sensor angebracht - Zeit sensor\_attached\_timestamp

Sensor abgenommen - Interviewer sensor\_detached\_assessor

Sensor abgenommen - Kommentar sensor\_detached\_ comment

Sensor abgenommen - Zeit sensor\_ detached \_timestamp

Sensor angebracht? sensor\_attached

Ja 1

Nein 0

Verweigert 3

Wo wurde der Sensor angebracht?

Rücken 1

Oberschenkel (nur in Ausnahmefällen) 2

Sensortragehöhe in cm sensor\_attached\_height

\_\_ \_\_ \_\_ cm

Datum der Sensoranbringung sensor\_attached\_date

\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Sensor abgenommen? sensor\_detached

Ja 1

Nein 0

Datum der Sensorabnahme sensor\_detached\_date

\_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Zeit der Sensorabnahme sensor\_detached\_time

\_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ Uhr

Zeit geschätzt? sensor\_detached\_guessed

Ja 1

Nein 0

Bewegungstagebuch ausgehändigt? diary\_handover

Ja 1

Nein 0

Bewegungstagebuch eingesammelt? diary\_collected

Ja 1

Nein 0