

**Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.  
— Ausschuss Qualitätssicherung I —**

**Definitionen und Erläuterungen zum  
„Geriatrischen Minimum Data Set“ (Gemidas)**

**Version 4.1**

**Markus Borchelt • Dennis Poser  
Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin,  
Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin,  
Charité - Campus Virchow-Klinikum  
Reinickendorfer Str. 61, D-13347 Berlin  
Fax: 030/450-553933 - E-mail: markus.borchelt@charite.de**

**Stand März 2002  
Fassung vom 19.03.2002**

## Definitionen und Erläuterungen zum Erhebungsbogen (Stand: 19.03.2002)

### A – Falldefinition und -Illustration

Die wesentlichen Änderungen gegenüber den Gemidas-Vorversionen liegen in der Erfassung weiterer Details zur „institutionellen Vorgeschichte“ eines einzelnen Patienten im Zusammenhang mit den aktuellen Angaben zu Aufnahme, Entlassung und Behandlungsart. Diese Änderungen stehen in direkter Beziehung zu drei zentralen Fragestellungen, für deren Beantwortung das „Minimum Data Set“ auf jeden Fall mindestens Basisinformationen bereitstellen soll:

- In welchem zeitlichen Abstand liegt die aktuelle Behandlung zum zugehörigen Akutereignis ? Wie lang ist die Vorverweildauer? In welchem Umfang treten Systembrüche mit Wartezeiten auf?
- Kann die vorbestehende Wohnsituation erhalten oder verbessert werden (Privathaushalt vs. Pflegeeinrichtung)? Wie viele Direktaufnahmen aus Pflegeheimen gibt es? Wie viele Pflegeheimbewohner kommen über den Umweg anderer Fachabteilungen in die Geriatrie und warum?
- In welchem Umfang ändert sich ambulanter Hilfebedarf (formelle und informelle Hilfen) ?

Das Erfassen dieser Informationen - zumal ohne umfangreichen, komplexen Erhebungsbogen - ist weniger trivial als es auf den ersten Blick scheint. Ein wesentlicher Grund dafür liegt in der kaum überschaubaren Vielzahl möglicher Behandlungsverläufe und Behandlungsanlässe, die sich in der voll- und teilstationären geriatrischen Behandlung finden lassen. Die Abbildung 1 (siehe folgende Seite) illustriert drei „prototypische“ Verläufe, um das Problem und die unbedingt erforderlichen Informationen sowie deren zeitliche Verankerung etwas zu verdeutlichen.

Der „einfachste“ Fall ist im Beispiel a) illustriert. Ein akutes Ereignis (hier: Apoplex) zwingt zur Direktaufnahme von ambulant mit vollstationärer Akutbehandlung und - nach Stabilisierung - anschließender Verlegung in die Geriatrie, wo der Pat. seine Selbstständigkeit soweit wiedererlangt, daß er zurück in die ambulante Versorgung entlassen werden kann.

Ein komplexer Behandlungsfall wird im Beispiel b) illustriert. Hier erfolgt der letzte Behandlungsabschnitt ebenfalls als geriatrische Frührehabilitation nach Apoplex, allerdings nach einer Folge mehrerer stationärer Behandlungen, an deren Beginn eine Schenkelhalsfraktur (SHF) stand. Da die aktuelle Behandlung in Zusammenhang mit dem Apoplex steht, muß als Datum für das letzte Akutereignis dasjenige des Schlaganfalls angegeben werden, welches jedoch nicht identisch ist mit dem aktuellen Beginn des stationären Verlaufs insgesamt (dieses wäre das Datum der SHF). Aus diesem Beispiel ist ebenfalls ersichtlich, daß der ursprüngliche Herkunftsort nicht ermittelt werden kann mit der Frage nach dem „Ort vor Akutereignis“ (hier: Krankenhaus, vollstationär). Das Ziel der geriatrischen Behandlung ist aber sehr wohl, den Pat. wieder an den ursprünglichen Herkunftsort (in diesem Fall den vor SHF) zu entlassen. Es muß also der Ort erfaßt werden, von wo aus ein Pat. zuletzt in die voll-/teilstationäre Versorgung neu (d.h. nicht durch Verlegung) aufgenommen wurde.

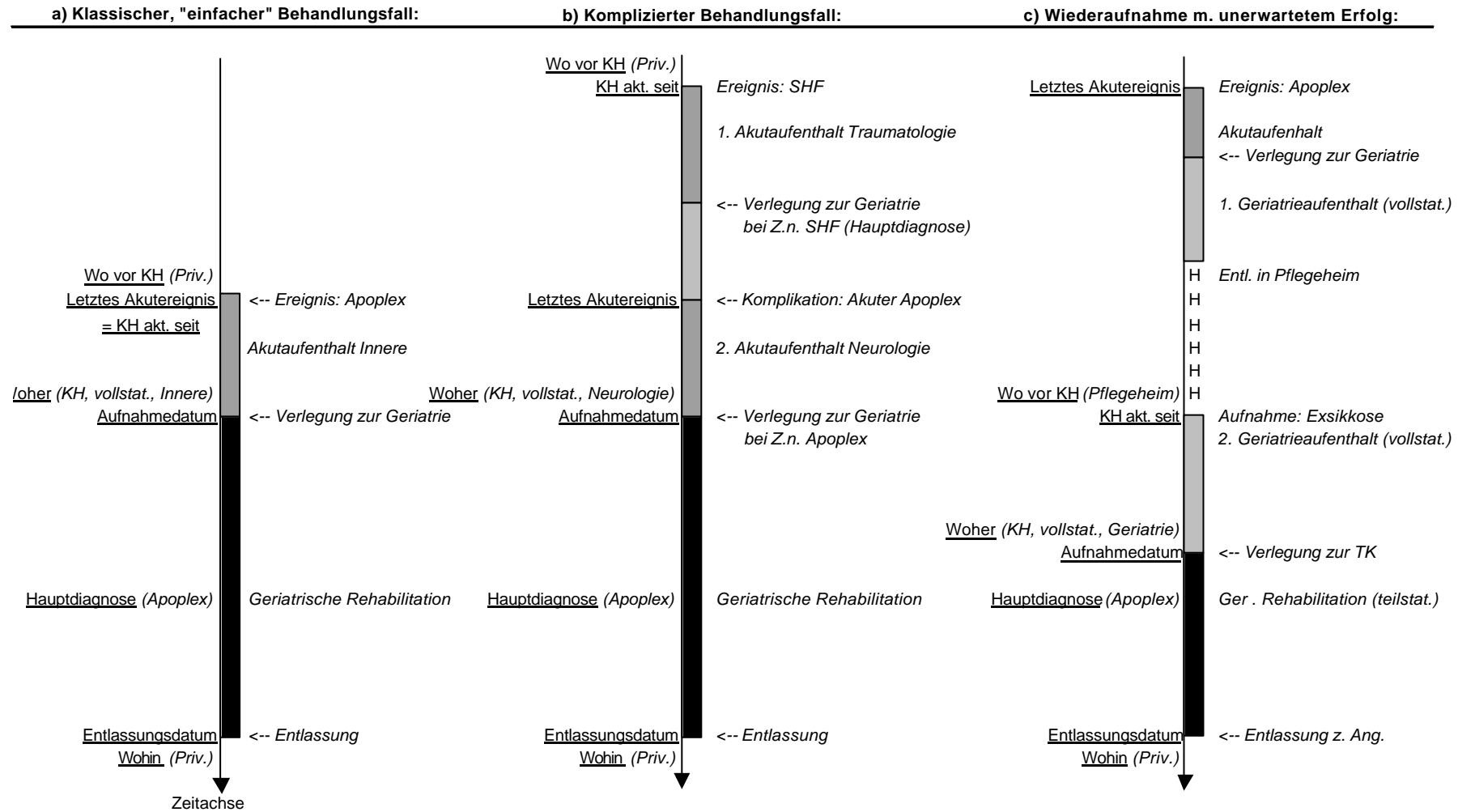
Die Bedeutung dieser Kopplung wird im Beispiel c) noch deutlicher. Hier wäre der „Ort vor Akutereignis“ ebenfalls der Privathaushalt, tatsächlich erfolgte jedoch die Aufnahme am Beginn der erneuten Behandlung infolge Exsikkose - aktueller Behandlungsfall - aus dem Pflegeheim, in das der Pat. am Ende des ersten Behandlungsintervalls entlassen worden war. Der Erfolg am Ende des zweiten Intervalls - Entlassung in Privathaushalt zu Angehörigen - bildet sich nur im Zusammenhang mit dem „Ort vor akt. KH-Behandlung“ ab - in diesem Beispiel nämlich 'Pflegeheim'.

Aus den Beispielen wird auch deutlich, daß die 'ambulante Hilfe vor Aufnahme' nur dann sinnvoll in Beziehung zur 'Entlassung mit Hilfe' gesetzt werden kann, wenn ambulante Hilfe erfragt wird sowohl bei Direktaufnahmen 'aus Privathaushalt' als auch bei Verlegungspatienten, die ursprünglich - d.h. zu Beginn der zusammenhängenden KH-Aufenthalte - direkt von ambulant aufgenommen worden waren.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, daß für die drei zentralen Fragestellungen hinsichtlich des „institutionellen“ Verlaufs die folgenden Informationen mindestens erforderlich sind:

- Unmittelbarer Herkunftsort (b. allen Pat.) und ursprünglicher Herkunftsort (b. Verlegungen), einschließlich Veranlasser und ggfs. veranlassende Fachabteilung
- Datum des letzten Akutereignisses bzw. Datum der letzten OP bezogen auf die aktuell behandlungsbegründende Diagnose (b. allen Pat.) sowie Datum der letzten Direktaufnahme von ambulant oder aus Pflegeeinrichtung (b. Verlegungen)
- Letzte amb. Hilfe (b. Pat. mit unmittelbarem oder ursprünglichem Herkunftsort 'Privathaushalt')

Abbildung 1



Legende:



Aktueller Behandlungsfall



Inst. Vorgeschichte

Gemidas-Variablen

## B – Variablenübersicht zum Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)

Die nachstehende Tabelle B-1 führt alle Gemidas-Datenfelder auf. Die führende Feldnummer verweist auf die Definitionen der Tabelle C-1. Die Spalte "Schlüssel" verweist auf Tabelle C-2, die alle definierten Kodierungen auflistet.

**Tabelle B-1: Geriatrisches Minimum Data Set: Vollständige Variablenübersicht**

Feld	Erhebungsbogen	Beschreibung	Obligatorisch	Konditional	Optional	Format	Schlüssel
010	Aufnahmestatus	Geriatrische Erst-/Weiter-/Wiederbehandlung	astatus			n1	20
011		wenn 3 / 4: Zuletzt intern entlassen		edatum_intern		TT.MM.JJJJ	
020	Fallnummer	Personenkennzeichen (PID)	patfallnr			an..50	
030	Aufnahmenummer	Behandlungsfallkennzeichen	pataufnr			an..50	
040	Nachname	Nicht verwendet – ggfs. lokale Datenbank			patname	a50	
041	Vorname	Nicht verwendet – ggfs. lokale Datenbank			patvorname	a50	
042	Geburtsdatum	Geburtsjahr, Tag/Monat optional, nur lokal	patgebdat			TT.MM.JJJJ	
043	Geschlecht	Geschlecht	patsex			a1	13
044	Wohnort	Postleitzahl (führende 3 Ziffern + "00")	patplz			n5	
070	Alleinlebend	Dauer bzw. mit rüstigem/hilfsbed. Partner	alleinlebend			n2	19
080	Pflegestufe	Einstufung nach §15 SGB XI			pflstufe	n1	23
081		Laufendes Antragsverfahren			pflantrag	n1	24
090	Betreuung	Gesetzliche Betreuung nach §1896ff BGB			betreuung	n1	25
100	Aufnahmedatum	Tag der Aufnahme in die Geriatrie	pataufndat			TT.MM.JJJJ	
110	Hauptdiagnose	ICD-Kodierung	aufndiagcd			an..255	
111		Klartext (optional)			aufndiag	an..10	
112		ggfs. Datum letztes Akutereignis			akut_datum	TT.MM.JJJJ	
113		ggfs. Datum letzte OP			op_datum	TT.MM.JJJJ	
120	Woher	Unmittelbarer Herkunftsort	woher			n2	2
121		wenn 01: mit Hilfe?		auf_hilfe		n1	3
122		wenn 02 / 06: Seit wann in stat. Bhdg.?		khaktseit_datum		TT.MM.JJJJ	
123		wo davor?		wovorakut		n2	14
124		wenn 09: Sonstiges, was		wovorakut_sonst		an..255	
125		wenn 01: mit Hilfe?		ur_hilfe		n1	3
126		wenn 09: Woher sonst? (Klartext)		woher_sonst		an..255	
127	Aus TK	Vorangegangene teilstationäre Behandlung	aus tk			n2	16
130	Veranlasser	Veranlasser der geriatrischen Behandlung	veranlasser			n2	17
131		wenn 02/06/09: Veranlass. Fachabtlg.		afach		n4	18
132		wenn 3700: Sonstige, was		afach_sonst		an..255	
133		Entlassdatum aus FA		edatum		TT.MM.JJJJ	
140	Entlassungsdatum	Datum Entlassung / Verlegung / Verstorben	patientdat			TT.MM.JJJJ	
150	Wohin	Entlassungsort (1. Nacht nach Entlassung)	wohin			n2	6
151		wenn 01: mit Hilfe?		entl_hilfe		n1	3
152		wenn 02 / 06: Übernehmende Fachabt.		efach		n4	18
156		wenn 3700: Sonstige, was:		wohin_sonst		an..255	
154		Verlegungsdiagnose ICD		vdiag_icd		an..10	
155		Hausinterne Verlegung?		vintern		n1	5
156		wenn 09: Sonstiges, was?		wohin_sonst		an..255	
157		ggfs. Grund für Änderung		grund_aend		an..255	
158	Mit TK	Wird teilstationär weiterbehandelt?	mit tk				16
160	Behandlung	Art der Behandlung	krhsart			n1	1
161		wenn 01: Unterbrechungen		unterbrochen		n1	21
162		wenn 1 / 2: Anz. Tage gesamt		ub_tage		n..3	
163		Begründung		ub_durch		an..64K	
164		wenn 02: Anz. Behandlungstage		btage		n..3	
170	Nebendiagnosen	Nebendiagnosen nach ICD-10 (DKR 2002)	icd_codes			cf	
180	Prozeduren	Prozeduren nach OPS-301 (DKR 2002)	ops_codes			cf	
190	Barthel-Manual	Manual zur Bewertung der Barthel-Items	bi_manual			n1	26
200	Barthel Aufnahme	Barthel-Index bei Aufnahme: 10 Items	bi\$\$_aufn			n..2	8 / 9 / 10
201		Score		bia		n..3	
210	Barthel Entlassg.	Barthel-Index bei Entlassung: 10 Items	bi\$\$_entl			n..2	8 / 9 / 10
211		Score		bie		n..3	
220	TUG Aufnahme	Timed Up & Go bei Aufnahme	tug_aufn			n..3	
221	TUG Entlassung	Timed Up & Go bei Entlassung	tug_entl			n..3	
240	MMSE	Mini Mental State Examination (Aufnahme)	mmse_aufn			n..2	
241	Kogn. Status	wenn fehlt: Kognitiver Status b. Aufn.		kogn_aufn		n1	22
250	PPR Aufnahme	PPR bei Aufnahme A (S optional)	ppr01		ppr02	n1	12
251	PPR Entlassung	PPR bei Entlassung A (S optional)	ppr03		ppr04	n1	12
260	Hilfsmittel	Neu verordnete Hilfsmittel (Auswahl: 8 HM)			hm\$\$_entl	n1	5
270	Ergebnis sbj./obj.	Ergebnisbeurteilung subjektiv			erg_sbj	n1	7
271			objektiv			erg_obj	n1
280	ICIDH	Schädigung Haupt-S-Code			icidh01	an..6	
281		Fähigkeitsstörung Haupt-F-Code			icidh02	an..6	
282		Beeinträchtigung Haupt-B-Code / Score			icidh03/04	n..3	

## C – Definitionen, Erläuterungen und Hinweise zum Geriatrischen Minimum Data Set (Gemidas)

Die Tabelle C-1 listet alle Gemidas-Datenfelder in der Reihenfolge der Feldnummern auf, die weitestgehend auch der Reihenfolge im Erhebungsbogen entspricht. Zur leichteren Orientierung wird auf Tabelle B-1 verwiesen, die eine vollständige Variablenübersicht bietet und der die Feldnummern entnommen werden können. Tabelle B-1 kann damit als Inhaltsverzeichnis der Tabelle C-1 aufgefasst werden.

**Tabelle C-1: Definitionen der Gemidas-Datenfelder, sortiert nach Feldnummern**

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
010	Aufnahmestatus [astatus]	Definition	Wenn <u>kein</u> Personenkennzeichen (→ [020]) verfügbar ist, dann ist in diesem Feld der „Wiederkehrerstatus“ anzugeben:
		Hinweise	<p>Erstaufnahme Pat. ist am Aufnahmetag zum allerersten Mal in der geriatrischen Einrichtung</p> <p>Interner Wechsel Pat. wechselt innerhalb der geriatrischen Einrichtung von voll- nach teilstationär (oder umgekehrt)</p> <p>Wiederaufnahme Pat. kommt erneut in die geriatrische Einrichtung und war zwischenzeitlich <u>nicht</u> in stationärer ärztlicher Behandlung</p> <p>Rückübernahme Pat. kehrt zurück in die geriatrische Einrichtung und war zwischenzeitlich <u>kontinuierlich</u> in stationärer ärztlicher Behandlung (geschlossene Verlegungskette)</p> <p>Bei Wiederaufnahme und Rückübernahme ist das Datum der letzten Entlassung/Verlegung aus der geriatrischen Einrichtung anzugeben</p>
	<b>NEU:</b>	Version	<p>4.0 Dieses Feld wurde ab Version 4.0 eingeführt, da sich gezeigt hat, dass das Personenkennzeichen zu oft fehlt bzw. zu unterschiedlich gehandhabt wird. Über eine Verknüpfung mit weiteren Stammdaten kann mithilfe des Aufnahmestatus zwar keine PID generiert werden, es kann aber der letzte Aufenthalt sicherer identifiziert werden, z.B. bei Rückübernahme: Pseudo-PID: 4-16022002-1919w134 d.h. es ist nach einer Verlegung vom 16.02.2002, weibliche Pat., geb. 1919, wohnhaft 134pp zu suchen: Suchstring: 02-16022002-1919w134</p>
011	• <b>Zuletzt entlassen</b> [edatum_intern]	Konditional:	<i>Wenn [010 – Astatus] = [3 / 4 – Wiederaufnahme / Rückverlegung]:</i>
		Definition	Das letzte vorangegangene Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der geriatrischen Einrichtung/Abteilung ist anzugeben
020	Fallnummer (PID) [patfallnr]	Definition	Personenkennzeichen (Person-ID, PID) zur eindeutigen Identifikation einer <u>Person</u> auch über verschiedene Aufenthalte hinweg (im Gegensatz zur Aufnahme Nummer, s. dort).
		Hinweise	<p>Wenn das Aufnahmeverfahren der Institution keine entsprechende Kennziffer zur Verfügung stellt, dann <b>muss</b> der "Aufnahmestatus" (s. oben) korrekt kodiert werden! Wenn die Fallnummer vorliegt, dann kann der "Aufnahmestatus" entfallen.</p> <p><b>WICHTIG:</b> <u>Nur</u> über die Fallnummer können mehrere zusammenhängende Aufenthalte, die sich auf verschiedene Behandlungsfälle verteilen mit unterschiedlichen Aufnahme Nummern, sicher zusammengeführt werden</p>
030	Aufnahmenummer [pataufnr]	Definition	Kennzeichen zur eindeutigen Identifikation eines <u>Behandlungsfalls</u> (= Anwesenheit einer bestimmten Person zu einem bestimmten Zeitpunkt).
		Hinweise	Wenn die „echte“ Aufnahmenummer aus Datenschutzgründen nicht verwendet werden soll, kann eine entsprechende eindeutige Nummer vom Gemidas-Programm generiert werden.
040	<b>Nachname</b> [patname]	<i>Optional Hinweise</i>	<i>Wird <b>nur lokal</b> gespeichert und <b>nicht</b> transferiert</i>
041	<b>Vorname</b> [patvorname]	<i>Optional Hinweise</i>	<i>Wird <b>nur lokal</b> gespeichert und <b>nicht</b> transferiert</i>
042	<b>Geburtsdatum</b> [patgebdat]	Hinweise	Geburtsdatum des Pat. Aus Datenschutzgründen kann die Angabe auf das Geburtsjahr beschränkt werden (Eingabe von '01.01.JJJJ', wobei 'JJJJ' für das tatsächliche Geburtsjahr steht). Übermittelt wird das Geburtsjahr <b>immer</b> nur im Format '01.01.JJJJ'.
043	<b>Geschlecht</b> [patsex]	Hinweise	'W' weiblich, 'M' männlich

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
044	<b>Wohnort (PLZ)</b> [patplz]	Definition  Hinweise  Version	Postleitzahl des Wohnortes des/der Pat.  Aus Datenschutzgründen kann die Angabe auf die ersten drei Ziffern beschränkt werden (Eingabe von 'ppp00', wobei 'ppp' für die ersten drei Ziffern der tatsächlichen PLZ stehen).  4.0 Ab Version 4.0 werden die ersten <u>drei</u> Ziffern transferiert. Dies genügt weiterhin dem Datenschutz und erhöht gleichzeitig die Genauigkeit zur Identifizierung von Wiederkehrern. In vergleichbaren Projekten werden ebenfalls die ersten drei statt nur zwei Ziffern verwendet
070	<b>Alleinlebend</b> [alleinlebend]  <b>NEU:</b>	Definition  Hinweise  Version  Angabe entfällt oder fehlt	Lebenssituation des/der Pat. zum Aufnahmezeitpunkt  'Alleinlebend' bedeutet, dass keine weitere Person (Ehegatte, Lebenspartner, Angehörige, Bekannte, etc.) im Haushalt des/der Pat. lebt. Im Zweifelsfall: Als „im Haushalt lebende Personen“ können die gelten, die <u>regelmäßig auch nachts</u> anwesend sind.  4.0 Weitere Differenzierung in Anlehnung an Fragebogen "Soziale Situation" nach Nikolaus et al.: Ergänzend wird danach gefragt, a) ob eine alleinlebende Person erst seit kurzem alleine lebt (<1J.) ODER b) ob die in Wohngemeinschaft lebende Person rüstig oder hilfsbedürftig ist  08 = trifft nicht zu (z.B. im Heim lebend, Einzelzimmer, jedoch mit 24-stündig anwesendem Personal) 09 = nicht dokumentiert (Lebenssituation unbekannt)
080	<b>Pflegestufe</b> [pflstufe]  <b>NEU:</b>	Definition  Hinweise  Version	Vorliegen einer leistungsrechtlich relevanten, d.h. bereits <u>vorhandenen</u> Einstufung zur Pflegeversicherung gemäss §15 SGB XI zum Aufnahmezeitpunkt  Erfragt wird der exakte Status am Aufnahmetag; ggfs. laufende Antragsverfahren sind gesondert zu berücksichtigen (s. 081)  4.1 Wurde mit Version 4.1 zunächst <b>optional</b> eingeführt
081	<b>Antragsverfahren Pflegeversicherung</b> [pflantrag]  <b>NEU:</b>	Definition  Version	Laufendes, noch nicht entschiedenes Antragsverfahren zur Ersteinstufung bzw. zur erneuten Einstufung bzw. zur Höherstufung im Rahmen der Einstufung zur Pflegeversicherung gem. § 15 SGB XI zum Aufnahmezeitpunkt  4.1 Wurde mit Version 4.1 zunächst <b>optional</b> eingeführt
090	<b>Gesetzliche Betreuung</b> [betreuung]	Definition  Hinweise	Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung gem. § 1896ff BGB  Die "Aufgabenkreise" eines Betreuers werden gesetzlich nicht so explizit definiert wie beispielsweise die Pflegestufen gem. § 15 SGB XI; in der Praxis hat sich aber gezeigt, dass von einer "vollständigen" Betreuung ausgegangen werden kann, wenn für die <u>Aufenthaltsbestimmung</u> , die <u>Durchführung medizinischer Maßnahmen</u> und die <u>Regelung der Finanzen</u> eine Betreuung eingerichtet ist. Liegt eine Betreuung gleich welcher Art vor, die nicht alle drei Bereiche einschließt, so ist "einzelne Aufgabenkreise" zu kodieren.

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
100	<b>Aufnahmedatum</b>	Definition  Hinweis	Tag der Aufnahme in die geriatrische Einrichtung/Abteilung (aktueller Behandlungsfall).  Die Gemidas-Falldefinition folgt der administrativen Falldefinition auf Fachabteilungsebene. Wann immer ein Patient in der geriatrischen Einrichtung formal aufgenommen wird, beginnt auch ein neuer Gemidas-Behandlungsfall mit einem neuen Dokumentationsbogen.  Um die Daten eng zusammengehörender Behandlungsfälle (z.B. Verlegung mit kurzfristiger Rückübernahme nach wenigen Tagen) zusammenführen zu können, ist das <b>Personenkennzeichen</b> (PID → 020) bzw. die korrekte Kodierung des <b>Aufnahmestatus</b> (→ 010) von zunehmend entscheidender Bedeutung und sollte <u>besonders sorgfältig</u> vorgenommen werden.
110 111	<b>ICD-Schlüssel</b> [aufndiagcd] <b>Hauptdiagnose</b> [aufndiag]  <b>NEU:</b>	Definition  Version  Hinweise	Die den aktuellen <u>Aufenthalt hauptsächlich veranlassende Diagnose</u> , nach ICD-10 (Version 2.0) verschlüsselt, entsprechend dem <u>Kenntnisstand bei Behandlungsende</u> (gem. Deutsche Kodierrichtlinien [D002a], DKR 2002)  4.0 Die Zugrundelegung der DKR 2002 wurde mit Version 4.0 eingeführt und die Klartextangabe der Hauptdiagnose optional gestellt  Der ICD-Schlüssel kann mit und ohne Sonderzeichen übermittelt werden; die Gemidas-Software speichert den reinen ICD-Code (ohne Punkt) und die Ergänzungszeichen (!*+) in separaten Datenfeldern
112	<b>Datum letztes Akutereignis</b> [akut_datum]	Definition	Tag, Monat und Jahr (soweit bekannt) des letzten akuten Ereignisses, das <u>in direkter Beziehung zur behandlungsbegründenden Hauptdiagnose</u> (→ 110) steht (z.B. apoplektischer Insult, Myokardinfarkt, Schenkelhalsfraktur, Parkinsonkrise etc.). Steht kein Akutereignis in Beziehung zur Hauptdiagnose, so bleibt dieses Feld leer.  Als "Akutereignis" können nur rapide einsetzende gesundheitliche Störungen gewertet werden, die sich prinzipiell auf einen Tag datieren lassen (auch wenn im Einzelfall das exakte Datum nicht immer feststellbar ist).
113	<b>Datum letzte OP</b> [op_datum]  <b>NEU:</b>	Definition  Version	Tag, Monat und Jahr (soweit bekannt) der letzten Operation, die <u>in mindestens mittelbarer Beziehung zum aktuellen Aufnahmearlass</u> steht. Die OP muss dabei nicht in direkter Beziehung zur aktuellen Hauptdiagnose stehen (z.B. Implantation einer Hüft-TEP nach Sturz mit hüftnaher Fraktur und anschließender Verlegung in die geriatrische Behandlung zur Sturzabklärung bei Parkinson-Demenz-Komplex als Hauptdiagnose).  <u>Nicht</u> gemeint sind OPs mit vollständig abgeschlossener Wundheilung und ohne Vorliegen von behandlungsrelevanten (Spät-)Komplikationen. Bei Vorliegen von protrahierten Komplikationen (z.B. Nervenläsionen) oder Wundheilungsstörungen ist jedoch auch eine bereits länger zurückliegende OP hier anzugeben.  Ist keine OP ermittelbar, die behandlungsrelevant in Zusammenhang mit der Haupt- oder einer Nebendiagnose steht, so bleibt dieses Feld leer.  4.0 Das Feld „Letzte OP“ wurde in Version 4.0 eingeführt

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
120	<b>Woher</b> [woher]	Definition  Hinweise  NEU: Version  Filtercodes	<u>Unmittelbarer Herkunftsort</u> des/der Pat. bei Aufnahme (= wo war der Pat. in der unmittelbar letzten Nacht vor aktueller Aufnahme?)  Es kann damit nie eine teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik, Nachtambulanz, Tagespflege, Nachtpflege etc.) als Herkunftsort gelten – auch wenn in der Frage explizit nach der "letzten Nacht" gefragt wird, ist dies als illustrativ anzusehen. Wenn sich ein Patient innerhalb der letzten 48h vor Aufnahme insgesamt länger als 24h außerhalb einer Abteilung mit stationärer ärztlicher Versorgung aufgehalten hat, so ist dieser als unmittelbarer Herkunftsort anzusehen.  4.0 Die Kodierung wurde mit Version 4.0 verändert, ist aber abwärtskompatibel: „Tagesklinik“ kann nach der neuen Def. kein Herkunftsort sein und wird <b>separat</b> erfasst (→ 127), im vollstationären Bereich ist zwischen Krankenhaus (gem. §108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtung (gem. §111 SGB V) zu unterscheiden (im Zweifel ist "Krankenhaus" zu kodieren). Weiterhin ist zwischen vollstationären Pflegeeinrichtungen (gem. § 71 SGB XI) und sonstigen professionell geführten Einrichtungen zu unterscheiden (im Zweifel ist "Pflegeheim" zu kodieren).  01 <b>Privatwohnung</b> → 121 <b>Mit amb. Hilfe ?</b> ----- 02 <b>Krankenhaus /</b> ) → 122 <b>Seit wann ?</b> 06 <b>Rehabilitationseinrichtung</b> ) 123 <b>Wo davor ?</b> ----- 09 <b>Sonstiges</b> → 126 <b>Woher sonst ? (Klartext)</b>
→	bei <u>Direktaufnahme:</u>  • <b>Mit amb. Hilfe?</b> [auf_hilfe]	Konditional:  Definition	<i>Wenn [120 – Woher] = [01 – Privatwohnung]:</i>  <u>Vorhandene</u> ambulante professionelle Hilfe und/oder Laienhilfe (durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte etc.) vor Aufnahme [adaptiert aus: GERASS '95, Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.)]. Mit <u>Hilfe</u> sind erhaltene Unterstützungsleistungen gemeint, die zum Verbleib in der Häuslichkeit eher als <b>notwendig</b> und damit auch als <b>regelmäßig</b> erforderlich einzuschätzen oder anzusehen sind. <b>Die Unterscheidung zwischen professioneller und Laienhilfe</b> wird an der Bezahlung festgemacht: Professionelle Hilfe wird immer in Rechnung gestellt, unabhängig davon, wer für den Rechnungsbetrag aufkommt (z.B. Pat. selbst, Sozialamt, Pflegeversicherung etc.).
→	bei <u>Verlegung:</u>  • <b>Seit wann in stat. Behandlung?</b> [khaktseit_datum]	Konditional:  Definition	<i>Wenn [120 – Woher] = [02 / 06 – Krankenhaus / Rehaeinrichtung]:</i>  Bei Verlegung ist das zurückliegende Anfangsdatum anzugeben, seit dem sich der Pat. <u>in kontinuierlicher vollstationärer ärztlicher Behandlung</u> befindet, d.h. das Datum der letzten Direktaufnahme (in Zusammenhang mit dem aktuellen Aufnahmedatum ergibt sich hieraus die <u>Gesamtvorverweildauer</u> im Sinne durchgehender vollstationärer ärztlicher Behandlung <u>ohne</u> zwischenzeitliche Entlassung).
123	• <b>Wo davor?</b> [wovorakut]	Konditional:  Definition  Filtercodes	<i>wie → 122</i>  Aufenthaltsort vor Beginn der aktuell kontinuierlichen vollstationären ärztlichen Behandlung (z.B. Privatwohnung oder Pflegeeinrichtung bzw. sonstige Einrichtung <u>ohne</u> stationäre ärztliche Behandlung)  01 <b>Privatwohnung</b> → 124 <b>Mit ambulanter Hilfe</b> 09 <b>Sonstiges</b> → 125 <b>Wo sonst vor stat. Behandlung?</b>
→	zuvor <u>Privatwhg.:</u>  - <b>Mit ambulanter Hilfe?</b> [ur_hilfe]	Konditional:  Definition	<i>Wenn [123 – Wo vor KH] = [01 – Privatwohnung]:</i>  Inanspruchnahme professioneller Hilfe und/oder von Laienhilfe (Angehörige, Nachbarn, Bekannte etc.) <u>vor der letzten Direktaufnahme</u> in ein Krankenhaus [adaptiert aus: GERASS '95, Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.)] <b>Definition ambulanter Hilfe wie unter → 121</b>
→	zuvor <u>Sonstiges:</u>  - <b>Wo sonst vor stat. Bhdg.?</b> [wovorakut_sonst]	Konditional:  Definition	<i>Wenn [123 – Wo vor KH] = [09 – Sonstiges]:</i>  Klartextangabe zum sonstigen <u>ursprünglichen</u> Aufenthaltsort (vor der letzten Direktaufnahme in stationäre ärztliche Behandlung), unter Ausschluss der im Gemidas-Schlüssel 14 angegebenen Aufenthaltsorte.
→	bei <u>Sonstigem:</u>  • <b>Woher sonst ?</b> [woher_sonst]	Konditional:  Definition	<i>Wenn [120 – Woher] = [09 – Sonstiges]:</i>  Klartextangabe zum sonstigen <u>unmittelbaren</u> Herkunftsort (Aufenthaltsort vor der aktuellen Aufnahme zur geriatrischen Behandlung), unter Ausschluss der im Gemidas-Schlüssel 2 angegebenen Herkunftsorte





Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise																						
150	<b>Wohin</b> [wohin]	Definition	Unmittelbarer Entlassungsort (dem Sinne nach: "Wo verbringt der Pat. die erste Nacht nach Entlassung?")																						
		Hinweise	Es kann nie eine teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik, Nachtklinik, Tagespflege, Nachtpflege etc.) als Entlassungsort gelten – auch wenn in der Frage explizit nach der "ersten Nacht" gefragt wird, ist dies als illustrativ anzusehen und ggfs. sinngemäß zu ersetzen.  Auch bei einer <b>internen Verlegung</b> (Def. s. unter → 155) ist zunächst <b>Krankenhaus</b> oder <b>Rehabilitationseinrichtung</b> anzugeben, je nach Versorgungsauftrag der übernehmenden hausinternen Station.																						
		Version	4.0 Die Kodierung wurde mit Version 4.0 abwärtskompatibel verändert. 'Tagesklinik' wird <b>separat</b> (→ 158) erfasst (kann nicht der Entlassungsort sein), übrige Änderungen wie bei <b>Woher</b> → 120.																						
		Filtercodes	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><b>01</b></td> <td style="width: 60%;"><b>Privatwohnung</b></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 15%;"><b>151 Mit amb. Hilfe</b></td> </tr> <tr> <td><b>02</b></td> <td><b>Krankenhaus /</b></td> <td style="text-align: center;">}→</td> <td><b>152 Übernehmende FAB</b></td> </tr> <tr> <td><b>06</b></td> <td><b>Rehabilitationseinrichtung</b></td> <td style="text-align: center;">}</td> <td><b>154 Verlegungsdiagnose</b></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">}</td> <td><b>155 Hausinterne Verlegung</b></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="border-top: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td><b>09</b></td> <td><b>Sonstiges</b></td> <td style="text-align: center;">→</td> <td><b>156 Wohin sonst ? (Klartext)</b></td> </tr> </table>	<b>01</b>	<b>Privatwohnung</b>	→	<b>151 Mit amb. Hilfe</b>	<b>02</b>	<b>Krankenhaus /</b>	}→	<b>152 Übernehmende FAB</b>	<b>06</b>	<b>Rehabilitationseinrichtung</b>	}	<b>154 Verlegungsdiagnose</b>			}	<b>155 Hausinterne Verlegung</b>					<b>09</b>	<b>Sonstiges</b>
<b>01</b>	<b>Privatwohnung</b>	→	<b>151 Mit amb. Hilfe</b>																						
<b>02</b>	<b>Krankenhaus /</b>	}→	<b>152 Übernehmende FAB</b>																						
<b>06</b>	<b>Rehabilitationseinrichtung</b>	}	<b>154 Verlegungsdiagnose</b>																						
		}	<b>155 Hausinterne Verlegung</b>																						
<b>09</b>	<b>Sonstiges</b>	→	<b>156 Wohin sonst ? (Klartext)</b>																						
→	<u>Entlassung n. Hause:</u>  • <b>Mit amb. Hilfe?</b> [entl_hilfe]	Konditional: Definition	<i>Wenn [150 – Wohin] = [01 – Privatwohnung]:</i>  Nach Entlassung vorhandene und regelmäßig notwendige professionelle Hilfe und/oder Laienhilfe (durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte etc.) [adaptiert aus: GERASS '95, Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.)]. <b>Definition Hilfe, professionell vs. Laienhilfe</b> → s. bei [121]																						
→	<u>Verlegung:</u>  • <b>Übernehmende Fachabteilung (FAB)</b> [efach]	Konditional: Definition  Filtercodes	<i>Wenn [150 – Wohin] = [02 / 06 – Krankenhaus / Rehaeinrichtung]:</i>  Wenn als Entlassungsort eine Einrichtung mit stationärer ärztlicher Versorgung angegeben wurde (KH oder Rehaklinik), so ist hier die <b>übernehmende Fachabteilung</b> zu konkretisieren (gem. vereinfachtem Schlüssel 5 der Vereinbarung nach § 301 SGB V).  <b>3700 Sonstige Fachabteilung → 156 Sonstige Fachabteilung</b>																						
154	• <b>Verlegungsdiagnose</b> [vdiag_icd]	Konditional: Definition	<i>wie → 152</i>  Wenn als Entlassungsort eine Einrichtung mit stationärer ärztlicher Versorgung angegeben wurde, so ist hier der entsprechende ICD-Code der <b>Verlegungsdiagnose</b> zu konkretisieren (die Verlegungsdiagnose muss unter den Nebendiagnosen aufgeführt sein).																						
155	• <b>Hausinterne Verlegung?</b> [vintern]	Definition  Hinweise	<i>wie → 152</i>  <b>Hausinterne Verlegung = entweder</b> Wechsel in eine <b>nicht-geriatrische</b> Fachabteilung der Einrichtung <b>oder</b> Wechsel zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung <b>innerhalb</b> der geriatrischen Abteilung.  Ist oben angegebene Bedingung erfüllt, ist JA zu kodieren, ansonsten NEIN  Ein hausinterner Wechsel zwischen geriatrischer Rehaehandlung und geriatrischer Krankenhausbehandlung ist <b>ohne</b> gleichzeitigen Wechsel von voll- zu teilstationärer Behandlung (oder umgekehrt) <b>keine hausinterne Verlegung</b> und begründet <b>keinen</b> neuen Behandlungsfall.																						
→	<u>Sonstiges:</u>  • <b>Wohin sonst?</b> [wohin_sonst]	Konditional: Definition	<i>Wenn [150 – Wohin] = [09 – Sonstiges ODER [EFach] = 3700 – Sonst. FAB]:</i>  Klartextangabe des sonstigen Entlassungsortes (unter Ausschluss der im Gemidas-Schlüssel 6 angegebenen Entlassungsorte), bzw. Klartextangabe der sonstigen übernehmenden Fachabteilung (unter Ausschluss der im Gemidas-Schlüssel 18 aufgeführten Fachabteilungen).																						
157	<u>Herkunft ⇔ Entl.Ort:</u>  • <b>Grund für Änderung</b> [grund_aend]	Konditional: Definition	<i>Wenn der Entlassungsort [→ 150] ein anderer ist als der unmittelbare Herkunftsort [→ 120] (bei Direktaufnahmen) bzw. der ursprüngliche Herkunftsort [→ 123] (bei Verlegungen):</i>  Klartextbegründung der Änderung: "Warum kehrt Pat. nicht zurück zum ursprünglichen Herkunftsort?"																						
158	<u>In amb. Versorgung:</u>  • <b>Mit TK</b> [mit_tk]	Konditional: Definition	<i>Wenn [150 – Wohin] NICHT [02 / 06 / 05 / 07]:</i>  Unmittelbar anschließende teilstationäre Behandlung, die mit dem aktuellen Entlassungsdatum beginnt, spätestens jedoch am nächsten Werktag (vormals: "Verlegung in die TK"). Vgl. TK vor Aufnahme → 127																						

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
160	<b>Behandlung</b> [krhsart]	Definition  Filtercodes	Art der Behandlung im institutionellen Kontext der geriatrischen Einrichtung (voll- oder teilstationär), ggfs. mit Angabe von Unterbrechungen (bei vollstat. Behandlung), bzw. mit Angabe der Anzahl der Behandlungstage gesamt (bei teilstat. Behandlung)  <b>01 Vollstationär → 161 Unterbrechung</b> <b>02 Teilstationär → 164 Anz. Behandlungstage</b>
→ 161	<u>Vollstationär:</u> • <b>Unterbrechung</b> [unterbrochen]	Konditional: Definition  Filtercodes	<i>Wenn [160 – Behandlung] = 01 – Vollstationär:</i>  Eine Unterbrechung liegt nur dann vor, wenn der Pat. "beurlaubt" ist, d.h. wenn zwischen Aufnahme (Def. → 100) und Entlassung (Def. → 140) berechnungsfreie Tage liegen, die in der Verweildauerberechnung berücksichtigt werden müssen.  Wann immer ein Pat. entlassen oder verlegt wird, ist der Behandlungsfall beendet. Auch gesetzt den Fall, dass der Pat. wenige Tage später zurückverlegt oder wiederaufgenommen wird, ist keine Unterbrechung anzugeben, sondern ein neuer Fall anzulegen.  <b>1 Einmalig ) → 162 Berechnungsfreie Tage</b> <b>2 Mehrmals ) 163 Unterbrechungsgrund</b>
162	→ <u>einmal/mehrmals</u> - <b>Berechnungsfreie Tage</b> [ub_tage]	Konditional: Definition	<i>Wenn [161 – Unterbrechung] = [1 – Einmalig / 2 – Mehrmals]:</i>  Gesamtzahl berechnungsfreier Tage, addiert über alle Unterbrechungen
163	- <b>Begründung</b> [ub_grund]	Konditional: Definition	<i>Wie → 162</i>  Begründung(en) der Unterbrechung(en) der Behandlung in Klartext (Memofeld)
→ 164	<u>Teilstationär:</u> • <b>Anz. Behandlungstage</b> [btage]	Konditional: Definition	<i>Wenn [160 – Behandlung] = [02 – Teilstationär]:</i>  Die Verweildauer einer teilstationären Behandlung kann nur individuell ermittelt werden. An Wochenenden und Feiertagen sind Tageskliniken in der Regel geschlossen, regelmäßige "Beurlaubungen" mit Behandlung an nur jedem zweiten Werktag können zum teilstationären Behandlungskonzept gehören. Deshalb muss die Verweildauer als Anzahl der dem Kostenträger in Rechnung gestellten Berechnungstage zwischen Aufnahme- und Entlassdatum manuell ermittelt und angegeben werden.
170	<b>Nebendiagnosen</b> [icd_codes]	Definition  Hinweise  <b>NEU:</b> Version	Alle gemäss DKR 2002 <b>behandlungsrelevanten</b> Komplikationen, Begleiterkrankungen, Behinderungen und sonstigen gesundheitlichen Faktoren, die nach ICD-10 verschlüsselt werden müssen.  Die ICD-10-Kodierung MUSS vollständig vorgenommen werden. D.h. es sind nur vollständig spezifizierte Codes (bis zur letzten Stelle nach dem Punkt) zulässig.  Erlaubte Zusatzzeichen sind max. eins von drei möglichen Sonderzeichen [*!+] plus ein Seitenkennzeichen [RLB]  Bei ICD-Ziffern ohne 4. Stelle (z.B. Z.n. Apoplex, ICD I64) ist für die fehlende Ziffer <b>kein</b> Zusatzzeichen anzugeben (z.B. "I64").  4.0 Diese Variable wurde mit Version 4.0 eingeführt; es können ICD-Codes mit und ohne Punkt angegeben werden; Sonderzeichen sind dem Code stets nachzustellen und können durch ein Semikolon getrennt werden; es kann auch auf jede Form von Sonder- und Zusatzzeichen verzichtet werden und der reine ICD-Code übermittelt werden (z.B. "M8008"); die Gemidas-Software verwendet ab Version 4.x das reine ICD-Format und speichert Zusatzzeichen in einem separaten Datenfeld
180	<b>Prozeduren</b> [ops_codes] [ops_gcodes]	Definition  Hinweise  <b>NEU:</b> Version	Alle <b>signifikanten</b> Prozeduren, die im Verlauf durchgeführt wurden (gemäss OPS-301 V2.1 und DKR 2002).  Als Ersatz- und Ergänzungscode kann der "Geriatrische Prozedurenschlüssel - OPS-G" der BAG verwendet werden. Die dort angegebenen vierstelligen Kurzcodes können wahlweise neben originalen OPS-Codes angegeben werden. Bei Verwendung der originalen OPS-301-Kodierung MUSS der OPS-Code vollständig angegeben werden. D.h. es sind dann nur vollständig spezifizierte OPS-Codes (bis zur letzten Stelle nach dem Punkt) zulässig.  Auf die rein formellen Zusatzzeichen (Punkt und Strich) kann verzichtet werden  4.0 Diese Variablen wurden mit Version 4.0 eingeführt; es können OPS-Codes mit und ohne Formatzeichen (Strich, Punkt) und/oder die vierstelligen Kurzcodes des OPS-G angegeben werden; die Gemidas-Software verwendet ab Version 4.x das reine OPS-Format ohne Formatzeichen und übersetzt während der Datenerfassung automatisch OPS-G nach OPS-301 und umkehrt (soweit verfügbar).



Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
240	<b>MMSE b. Aufnahme</b> [mmse_aufn]	Definition  Hinweise  Angabe entfällt oder fehlt	Mini-Mental-State-Examination nach Folstein, Folstein & McHugh (1975) in der Übersetzung und Anleitung von: AGAST (Hrsg.), Geriatrisches Basisassessment, MMV Medizin Verlag, 1995; durchzuführen am 2.-5. Behandlungstag.  Dokumentiert wird nur der Gesamtpunktwert (Score 0 bis 30 Pkte.). Interpretation: 25-30 Pkte.: Keine kognitive Einschränkung 18-24 Pkte.: Leichte Einschränkung 0-23 Pkte.: Schwere Einschränkung  98 Test nicht durchführbar (z.B. infolge Aphasie) 99 keine Angaben (Test abgelehnt o.ä.)
241	• <b>Orientierung, Gedächtnis</b> [mmse_aufn]	Definition  Hinweise  Angabe fehlt oder entfällt	<i>Wenn [240 – MMSE] = [98 / 99 – Fehlt]:</i>  Qualitative ärztliche Einschätzung von Orientiertheit, Lang- und Kurzzeitgedächtnis auf der Grundlage einer strukturierten Anamnese und Untersuchung (z.B. auch Screening nach LACHS et al., 1990); am 2. bis 5. Behandlungstag zu erheben.  Prinzipiell ist der MMSE als standardisierter Test vorzuziehen; bei Nicht-Durchführbarkeit infolge Aphasie oder Ablehnung bzw. Nicht-Anwendbarkeit (z.B. kurzfristige Wiederholung) ist es erforderlich, die nicht-standardisierte, qualitative ärztliche Einschätzung anzugeben.  8 entfällt (z.B. MMSE liegt vor) 9 Orientierung und Gedächtnis nicht beurteilbar
250	<b>PPR bei Aufnahme:</b> <b>Stufe A</b> [ppr01] <b>Stufe S</b> [ppr02]	Definition  Angabe fehlt	Stufe A (und optional Stufe S) der Pflegeeinstufung gemäß PPR am Aufnahmetag  9 unbekannt (nicht dokumentiert)
251	<b>PPR bei Entlassung:</b> <b>Stufe A</b> [ppr03] <b>Stufe S</b> [ppr04]	Definition  Angabe entfällt oder fehlt	Stufe A (und optional Stufe S) der Pflegeeinstufung gemäß PPR am letzten Behandlungstag  8 Einstufung entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 unbekannt (nicht dokumentiert)

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
260	<b>Neu verordnete Hilfsmittel</b>  Vordefinierte HM: Rollstuhl Rollator/Deltarad Gehstock/-stütze Badebrett Toilettensitz Badelifter Toilettenstuhl Pflegebett	Definition  Kodierung  Angabe entfällt oder fehlt	Zwischen Aufnahme- und Entlassungstag <u>neu</u> (d.h. zusätzlich) verordnete Hilfsmittel, unabhängig vom Lieferstatus  0 nein 1 ja  8 entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 unbekannt (nicht dokumentiert)
270	<b>Behandlungsergebnis „subjektiv“</b>	Definition  Hinweise  Angabe entfällt oder fehlt	Individuelle Beurteilung des Behandlungsergebnisses (durch Pat.) in Relation zum eigenen Behandlungsziel / den eigenen Erwartungen  Diese Information sollte erhoben werden mittels der Fragenformulierung (situativ angepaßt): „Denken Sie bitte noch einmal zurück an den Beginn der Behandlung hier im Krankenhaus / in der Tagesklinik. Wie gut hat die Behandlung hier Ihre ursprünglichen Erwartungen (am Beginn der Behandlung) erfüllt? Verwenden Sie zur Beurteilung bitte die Schulnotenskala.“ ( <i>Skala vorlegen und erläutern; bei Bedarf kann die Skala auf 3 Stufen verkürzt werden - in Anlehnung an: Berliner Altersstudie - BASE, 1996</i> )  Die Verwendung der vereinfachten Skala muß im 'Kommentar' (letzte Seite) vermerkt werden.  8 entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 nicht beurteilbar („weiß nicht“; Pat. versteht Frage nicht, z.B. infolge Aphasie etc.)
271	<b>Behandlungsergebnis „objektiv“</b>	Definition  Hinweise	Professionelle Beurteilung des Behandlungsergebnisses (durch Ärzte oder Reha-Team) in Relation zum Behandlungsziel; unmittelbar vor Entlassung zu erheben.  Diese Information sollte erhoben werden mittels der Fragenformulierung: „Wie ist das Behandlungsergebnis bei diesem Patienten / dieser Patientin im Vergleich zum Behandlungsziel einzustufen?“ ( <i>Beurteilung anhand der Schulnotenskala vorlegen unter Berücksichtigung der Erläuterungen; bei Bedarf kann die Skala auf 3 Stufen verkürzt werden - in Anlehnung an: Berliner Altersstudie - BASE, 1996</i> )  Die Verwendung der vereinfachten Skala muß im 'Kommentar' (letzte Seite) vermerkt werden.
280	<b>Schädigung (Impairment)</b>	Definition  Hinweise	S-Code der im Vordergrund stehenden Schädigung (s. ICDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)  z.B. <i>Schwere funktionelle Schädigung der Kommunikation S30.0</i>
281	<b>Fähigkeitsstörung (Disability)</b>	Definition  Hinweise	F-Code der im Vordergrund stehenden Fähigkeitsstörung (s. ICDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)  z.B. <i>Schwierigkeit beim entfernten Einkaufen (nicht infolge Schwierigkeiten im Benutzen von Verkehrsmitteln); F47.2</i> <i>fakultativ ergänzt durch:</i> <i>Schweregrad: 1 (=Schwierigkeiten bei der Ausführung) F47.21</i> <i>Prognose: 2 (=Verbesserung möglich) F47.212</i>
282	<b>Beeinträchtigung (Handicap)</b>	Definition  Hinweise	B-Code der im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung und Skalenwert (Score) der zugehörigen Skala (s. ICDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)  z.B. <i>Beeinträchtigung der Orientierung: Code = 1</i> <i>Teilweise kompensierte Störung: Score = 3</i>

Die Tabelle C-2 listet alle Schlüssel der kodierten Datenfelder auf. Die Zuordnung der Schlüssel zu bestimmten Datenfeldern kann Tabelle B-1 entnommen werden. Zur besseren Verständlichkeit sind – aufgrund des fehlenden inhaltlichen Kontexts – einige Wertelabels hier ausführlicher ausformuliert als im Erhebungsbogen selbst. Weitere Informationen und Hinweise zu einzelnen Kategorien finden Sie in Tab. C-1.

**Tabelle C-2: Gemidas-Schlüssel (Version 4.1)**

Schlüssel	Version	Code	Wert	entf. kA
1 – Art der Behandlung	1.0	1	Vollstationär	
	1.0	2	Teilstationär	
	1.0	3	Sonstiges	
	3.0	4	Ambulant (nur für AGR)	
2 – Woher	2.0	02	Krankenhaus (vollstat., gem. §108 SGB V)	98
	4.0	06	Rehabilitationseinrichtung (vollstat., gem. §111 SGB V)	99
	2.0	01	Privatwohnung	
	2.0	04	Vollstationäre Pflegeeinrichtung ("Pflegeheim", gem. §71 SGB XI)	
	4.0	08	Sonstige professionell geführte Einrichtung (Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen u.ä.)	
2.0	09	Sonstiges ( <u>nicht</u> TK)		
3 – Ambulante Hilfe	2.0	0	hat oder benötigt keine regelmäßige Hilfe	8
	2.0	1	hat regelmäßig notwendige professionelle Hilfe	9
	2.0	2	hat Laien-Hilfe, die regelmäßig notwendig ist	
	2.0	3	hat professionelle und Laien-Hilfe, die regelmäßig notwendig ist	
5 – Ja/Nein	2.0	1	ja	8
	2.0	0	nein	9
6 – Wohin	1.0	01	Privatwohnung (mit oder ohne TK)	99
	1.0	02	Krankenhaus (vollstat., gem. §108 SGB V)	
	4.0	06	Rehabilitationseinrichtung (vollstat., gem. §111 SGB V)	
	1.0	05	Verstorben	
	1.0	04	Vollstationäre Pflegeeinrichtung ("Pflegeheim", gem. §71 SGB XI)	
	4.0	07	Entlassung in ein Hospiz	
	4.0	08	Sonstige prof. geführte Einrichtung ( <u>nicht</u> TK: Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen u.ä.)	
1.0	09	Sonstiges ( <u>nicht</u> TK)		
7 – Ergebnis	2.0	1	sehr gut	8 9
	2.0	2	gut	
	2.0	3	befriedigend	
	2.0	4	ausreichend	
	2.0	5	mangelhaft	
8 – Barthel-Items dreistufig	1.0	00	Skalierung für Essen, Toilettenbenutzung, Treppensteigen, An-/Auskleiden, Urin- und Stuhlkontinenz	
	1.0	05		
	1.0	10		
9 – Barthel-Items vierstufig	1.0	00	Skalierung für Transfer, Gehen	
	1.0	05		
	1.0	10		
	1.0	15		
10 – Barthel-Items zweistufig	1.0	00	Skalierung für Waschen, Baden	
	1.0	05		
12 – PPR	2.0	1	PPR Stufe 1	8
	2.0	2	PPR Stufe 2	9
	2.0	3	PPR Stufe 3	
13 – Geschlecht	1.0	m	männlich	
	1.0	w	weiblich	
14 – Wo vor KH	2.0	01	Privatwohnung	98
	2.0	04	Vollstationäre Pflegeeinrichtung ("Pflegeheim", gem. §71 SGB XI)	99
	2.0	08	Sonstige prof. geführte Einrichtung ( <u>nicht</u> TK: Kurzzeitpflege, betreutes Wohnen u.ä.)	
	2.0	09	Sonstiges ( <u>nicht</u> TK)	
16 – Aus / Mit TK	4.0	10	nein	98
	4.0	20	ja, intern (angeschlossene TK)	99
	4.0	30	ja, extern o.n.A.	
	4.0	31	ja, extern (Krankenhaus-TK gem. §108 SGB V)	
	4.0	32	ja, extern (Reha-TK gem. §111 SGB V)	

Schlüssel	Version	Code	Wert	entf. kA
17 – Veranlassung	4.0	01	Arztpraxis (Einweisung)	99
	4.0	04	Notaufnahmestelle / Rettungsstelle (Notfall od. Selbsteinweiser mit Unabweisbarkeit)	
	4.0	02	Krankenhaus gem. §108 SGB V, voll- oder teilstationär (Verlegung)	
	4.0	06	Rehabilitationseinrichtung gem. §111 SGB V, voll- oder teilstationär (Verlegung)	
	4.0	09	Sonstige Einrichtung mit vollstationärer ärztlicher Behandlung (Verlegung o.n.A.)	
18 – Fachabteilung	4.0	3600	Intensivstation "ITS" (alle)	9998
	4.0	1500	Chirurgie (alle)	9999
	4.0	2300	Orthopädie (kons.)	
	4.0	0300	Kardiologie	
	4.0	0100	Sonstige Innere	
	4.0	2800	Neurologie	
	4.0	2900	Psychiatrie	
	4.0	0200	Geriatric	
19 – Alleinlebend	4.0	11	lange (>=1J.) alleinlebend	08
	4.0	10	seit kurzem (<1J.) alleinlebend	09
	4.0	21	mit rüstigem Partner	
	4.0	20	mit hilfsbedürftigem Partner	
	2.0	00	nicht alleinlebend o.n.A.	obs.
	2.0	01	alleinlebend o.n.A.	
	4.0	02	mit Partner o.n.A.	
20 – Aufnahmestatus	4.0	1	Erstaufnahme	
	4.0	2	Abteilungsinterne Verlegung (vollstationär ⇔ teilstationär)	
	4.0	3	Wiederaufnahme	
	4.0	4	Rückübernahme	
21 – Unterbrechung	2.0	0	keine	8
	2.0	1	einmalig beurlaubt	9
	4.0	2	mehrmals beurlaubt	
22 – Kognitiver Status	2.0	0	keine Defizite	8
	2.0	1	fragliche oder leichte Defizite	9
	2.0	2	mittel- bis schwergradige Defizite	
23 – Pflegestufe	4.1	1	Pflegestufe I	8
	4.1	2	Pflegestufe II	9
	4.1	3	Pflegestufe III	
	4.1	4	Härtefall	
	4.1	7	derzeit ohne Pflegestufe	
24 – Begutachtung	4.1	1	Erstantrag gestellt	8
	4.1	2	Erneuter Antrag gestellt (Erstinstufung / Höherstufung)	9
	4.1	7	kein Antrag gestellt	
25 – Betreuung	4.1	1	Betreuungsverfahren eingeleitet	8
	4.1	2	Betreuung ohne nähere Angaben	9
	4.1	3	Betreuung für einzelne Aufgabenkreise eingerichtet	
	4.1	4	Betreuung für alle wesentlichen Aufgabenkreise eingerichtet (Aufenthaltsbestimmung, finanzielle Angelegenheiten, med. Maßnahmen und ggfs. weitere)	
	4.1	7	keine Betreuung	
26 – Barthel-Manual	4.1	1	AGAST	
	4.1	2	Hamburger Manual	
	4.1	3	Anderes	



**D - Kodierbeispiel**

82jährige Patientin stürzt abends zuhause, klagt über starke Schmerzen im Bereich der LWS. Bekannte Osteoporose. Stellt sich in der nächstgelegenen Rettungsstelle vor. Dort Feststellung einer Exsikkose, Verwirrtheit, keine äußeren Verletzungszeichen. Rö Hüfte + LWS unauffällig, Rö BWS alte Sinterungsfraktur Th10. Kein Anhalt für frische Fraktur. Direkteinweisung in die Geriatrie. Anamnestisch rez. Stürze, lebt alleine ohne professionelle Hilfe, Unterstützung durch die Tochter, 15 Stufen zur Wohnung (1. OG). TUG: 36 Sek., MMSE 23 Pkte. Neuropsychologische Detaildiagnostik: Leichte kognitive Beeinträchtigung. CCT: Geringgradig erweiterte innere und äußere Liquorräume, sonst o.B. Rehydrierung, Mobilisierung, Einleitung einer Osteoporosemedikation, Versorgung mit und Anpassung eines Rollators. Verlaufsdagnostik bzgl. frische Fraktur unauffällig, anamnestisch kein Hinweis auf adäquates WS-Trauma in der Vorgeschichte. Entlassung nach Hause zunächst mit häuslicher Pflege 1x tgl.

Woher: 01 – Privatwohnung / 2 – mit nicht-professioneller (familiärer) Hilfe / 10 – ohne TK

Veranlassung\*: 04 – Notfall (Rettungsstelle)

Hauptdiagnose: Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur M80.08

Nebendiagnosen Leichte kognitive Beeinträchtigung F07.8

Stürze R29.81

Hilfsmittelversorgung Z46.8

ADL-Training, Mobilisierung Z50.8

Prozeduren CCT ohne KM 3-200

OPSG-3.0\*: Assessment ADL 8-550.13, 8-550.23

Assessment Mobilität 8-550.11, 8-550.21

Assessment Kognition 8-550.14

Rö-Skelett, mehrere Abschnitte 3-904

Ergotherapie, 3-4x/Wo, Physiotherapie 5x/Wo 8-550.C2, 8-550.93

Behandlung: 01 – Vollstationär / 0 – ohne Unterbrechung

Funktion: BIA 75 Pkte. / BIE 85 Pkte.

TUG-A 36 Sek. / TUG-E 22 Sek.

MMSE 23 Pkte.

PPR-A b. Aufn. 2 / PPR-A b. Entl. 2

Wohin: 01 – Privatwohnung / 3 – mit professioneller und familiärer Hilfe / 10 – ohne TK

\* DRG-Projekt: Obligatorische Angabe

## E - Vom Umgang mit fehlenden Werten (last but NOT least...)

Die Kodierungen der Variablen sind so ausgelegt, daß möglichst einheitlich zu allen Feldern auch festgehalten werden kann, warum einzelne Werte fehlen. Es empfiehlt sich, hiermit ebenso sorgfältig umzugehen, wie mit sog. „echten“ Werten.

Prinzipiell gibt es drei wesentliche Gründe für fehlende Werte (Missings):

- **Logische Missings** (Code: 8, 98, 998 usw. je nach Stellenzahl)  
Logische Missings entstehen vor allem, wenn die standardisierte Fragestellung des Erhebungsbogens auf den individuellen Fall nicht zutrifft (z.B. Frage nach dem Datum des letzten Akutereignisses, wenn es kein solches gegeben hat).  
*Diese Kodierung ist immer dann anzuwenden, wenn gilt: „Diese Information kann es in diesem Kontext logischerweise definitiv nicht geben.“*
- **Sporadische Missings** (Code: 9, 99, 999 usw. je nach Stellenzahl)  
Sporadische (oder „unsystematische“ im Gegensatz zu den logischen) Missings entstehen vor allem, wenn einzelne Informationen aufgrund individueller Konstellationen „erklärbar“ fehlen (ausgelassen, nicht dokumentiert, übersehen, 'weiß nicht', 'verweigert' etc.).  
*Diese Kodierung ist immer dann anzuwenden, wenn gilt: „Obwohl es die Information prinzipiell hätte geben können, muß abschließend konstatiert werden: die Information fehlt definitiv und ist definitiv auch nicht mehr zu erhalten.“*
- **Technische Missings** (Code: BLANK = leer)  
Technische Missings sind solche, die unbemerkt und ungewollt im Zuge (je-)der Datenerhebung, -dokumentation und -eingabe entstehen.  
*Diese Kodierung ist immer dann anzuwenden, wenn gilt: „Die Information fehlt und keiner weiß warum - vielleicht findet sie sich aber noch irgendwo...“*

Obwohl es zunächst vielleicht nicht so klingt, ist eine entsprechend sorgfältige Kodierung doch für die allenthalben erforderliche Datennachbearbeitung von unschätzbarem Nutzen: Im wesentlichen muß man sich nur noch um die BLANKs kümmern - und wann immer man hier eine Klärung erzielt, kann diese endgültig durch eine der beiden anderen Missing-Codes dokumentiert werden - oder man findet tatsächlich noch wertvolle „echte“ Informationen, ohne lange umsonst nachgeprüft zu haben.

## Anlage

### Handlungsanleitung: Barthel - Index

Auszug aus: **Geriatrisches Basisassessment: Handlungsanleitungen für die Praxis** (S. 23-29) / Hrsg.: Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST). Red.: M. Bach, W. Hofmann, T. Nikolaus, München: MMV Medizin Verlag, 1995 (Schriftenreihe Geriatrie-Praxis). ISBN 3-8208-1273-3.

#### 1. Essen:

- 10 Punkte: *Unabhängig*, der Patient kann eine Mahlzeit selbständig von einem Tablett oder dem Tisch einnehmen, wenn jemand das Essen in Reichweite stellt. Er muß in der Lage sein, technische Hilfsmittel, falls benötigt, selbst einzusetzen, das Essen zu schneiden, Salz und Pfeffer zu benutzen, Butter zu streichen, usw. Er muß diese Tätigkeiten in einer angemessenen Zeit ausführen können.
- 5 Punkte: *Einige Hilfe ist notwendig* (Lebensmittel schneiden usw., wie oben angeführt).
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen, um 5 Punkte zu erhalten.

#### 2. Transfer Bett - Rollstuhl und zurück:

- 15 Punkte: *Unabhängig* in allen Phasen dieser Tätigkeit. Der Patient kann das Bett in seinem Rollstuhl sicher ansteuern, betätigt die Bremsen, hebt die Fußrasten an, führt den Transfer zum Bett sicher durch, legt sich hin, kommt aus dem Liegen zu einer sitzenden Position an der Bettkante, wechselt die Position des Rollstuhles, falls nötig, um den Transfer zurück in den Rollstuhl sicher durchzuführen und führt dann den Transfer durch.
- 10 Punkte: Der Patient benötigt entweder *geringe Hilfen* in der einen oder anderen Phase der obengenannten Aktivitäten oder eine *Beaufsichtigung* bei der einen oder anderen Phase dieser Aktivitäten aus Sicherheitsgründen. Diese geringe Hilfe sollte ein Ausmaß nicht übersteigen, welches ein *gleichaltriger Lebenspartner regelmäßig* leisten kann.
- 5 Punkte: Der Patient kann eine sitzende Position ohne Hilfe einer zweiten Person einnehmen, aber muß vom Bett zum Rollstuhl getragen werden oder benötigt beim Transfer *erhebliche Hilfe*.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen, um 5 Punkte zu erhalten.

#### 3. Persönliche Hygiene:

- 5 Punkte: Der Patient kann Hände und Gesicht waschen, das Haar kämmen, die Zähne putzen. Für Männer gilt, daß sie ihren jeweiligen Rasier benutzen können, dabei müssen sie die Klinge selbst einsetzen bzw. den Stecker in die Steckdose stecken können und den Rasierer selbständig von einer Ablage oder dem Waschtisch nehmen können. Frauen müssen Make up selbständig auflegen können. Aufwendige Frisuren oder das Flechten von Zöpfen müssen sie nicht selbständig durchführen können.
- 0 Punkte: Die Voraussetzungen, um 5 Punkte zu erreichen, sind nicht gegeben.

#### 4. Toilettenbenutzung:

- 10 Punkte: Der Patient kann die Toilettenbenutzung *selbständig* durchführen, hierbei Kleidung selbständig an und ausziehen, kann das Verschmutzen der Kleidung bei der Toilettenbenutzung vermeiden und benutzt selbständig das Toilettenpapier. Er kann einen Wandhandgriff oder andere Haltegriffe zur Unterstützung benutzen, falls erforderlich. Wenn es erforderlich ist, eine Bettpfanne als Toilette zu benutzen, muß er in der Lage sein, diese auf einen Stuhl zu stellen, sie nach Benutzung auszuleeren und zu reinigen.
- 5 Punkte: Der Patient *benötigt Hilfe* wegen des fehlenden Gleichgewichtes oder beim Umgang mit der Kleidung oder bei der Benutzung des Toilettenpapiers.
- 0 Punkte: Der Patient kann die Voraussetzungen nicht erfüllen, 5 Punkte zu erhalten.

#### 5. Selbständiges Baden:

- 5 Punkte: Der Patient kann *selbständig* in Badewanne oder Dusche ein Vollbad/Duschbad nehmen und sich abseifen. Er muß in der Lage sein, hierbei alle Handlungen selbst auszuführen, ohne daß eine weitere Person anwesend ist.
- 0 Punkte: Der Patient kann die Voraussetzungen nicht erfüllen, um 5 Punkte zu erlangen.

6. Gehen auf Flurebene:

- 15 Punkte: Der Patient kann mindestens 50 m gehen *ohne Hilfe oder Überwachung*. Er kann hierbei Gurte oder Prothesen benutzen, einen Stock oder Unterarmgehstützen bzw. ein anderes Gehhilfsmittel, nicht jedoch einen Gehwagen (weitgehende Übernahme von Körpergewicht und Gleichgewicht durch das Hilfsmittel). Der Patient muß in der Lage sein, eventuell benutzte Gürtel selbständig zu öffnen oder zu schließen, sich selbständig aufzusetzen und hinzusetzen, technische Hilfsmittel in richtige Positionen für die Benutzung zu bringen und sie beim Sitzen zur Seite zu stellen. Das Anlegen und Ausziehen von Bruchbändern wird unter Anziehen eingestuft.
- 10 Punkte: Der Patient benötigt *geringe Hilfe oder Überwachung (siehe 2.)* bei einer der oben genannten Tätigkeiten, kann jedoch mindestens 50 m mit wenig Hilfe gehen.

6 a. Fahren mit einem Rollstuhl:

- 5 Punkte: Der Patient kann nicht selbständig gehen, aber einen Rollstuhl *selbständig bedienen*. Er muß in der Lage sein, um Ecken herumzufahren, umzudrehen, den Rollstuhl an einen Tisch heranzufahren, ebenso an Bett, Toilette usw. Er muß mindestens 50 m mit dem Rollstuhl fahren können. Diese Bewertung darf nicht vorgenommen werden, falls der Patient Punkte für das Gehen erhält !
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt weder die Voraussetzungen, 10 Punkte, noch die Voraussetzung, 5 Punkte zu erhalten.

7. Treppensteigen:

- 10 Punkte: Der Patient ist in der Lage, eine Reihe von Stufen sicher *ohne Hilfe oder Überwachung* herauf- oder herabzusteigen. Er darf und sollte den Handlauf benutzen, Handstock oder Unterarmstützen, wenn nötig. Er muß in der Lage sein, Handstock oder Unterarmstützen beim Treppensteigen zu tragen.
- 5 Punkte: Der Patient benötigt Hilfe oder Überwachung bei einer der oben aufgeführten Tätigkeiten.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen, 5 Punkte zu erlangen.

8. An- und Auskleiden:

- 10 Punkte: Der Patient ist in der Lage, sich *selbständig an- und auszuziehen*, Schuhschnallen zu befestigen (es sei denn, es ist nötig, hierfür spezielle Vorrichtungen zu nutzen). Er muß auch in der Lage sein, ein Korsett oder ein Bruchband anzulegen, falls dieses verordnet ist. An die Behinderung angepaßte Kleidung (Anziehhilfe, Freizeitschuhe, Kleidungsstücke mit Knopfleiste auf Bauch und Brustseite) darf verwandt werden, wenn nötig.
- 5 Punkte: Der Patient *benötigt Hilfe* beim An- und Ausziehen oder beim Schließen/Befestigen von Kleidungsstücken. Er muß mindestens die Hälfte der Tätigkeit selbst durchführen und dieses in einer angemessenen Zeit. Bei Frauen wird die Benutzung eines BH oder eines Hüfthalters nicht bewertet, es sei denn, diese Kleidungsstücke sind ärztlich verordnet.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen, 5 Punkte zu erlangen.

9. Stuhlkontinenz:

- 10 Punkte: Der Patient kann seinen Stuhlgang kontrollieren und ist *kontinent*. Er kann ein Zäpfchen einführen *oder selbständig* ein Mikro-Clister benutzen, wenn nötig (wie bei querschnittsgelähmten Patienten, die ein Stuhltraining durchführen).
- 5 Punkte: Der Patient benötigt Hilfe beim Einführen eines Zäpfchens oder Benutzen eines Klismas bzw. ist *gelegentlich inkontinent*.
- 0 Punkte: Der Patient erfüllt nicht die Voraussetzungen 5 Punkte zu erlangen.

10. Urinkontinenz:

- 10 Punkte: Der Patient ist *Tag und Nacht kontinent*. Patienten mit Querschnittslähmung, die einen Dauerkatheter oder andere externe Harnableitungen und Beinbeutel tragen, müssen diese *selbständig versorgen* einschließlich Reinigung der verwandten Hilfsmittel und hierbei ebenfalls Tag und Nacht kontinent sein.
- 5 Punkte: Der Patient ist *gelegentlich inkontinent* oder kann nicht ausreichend lange auf eine Bettpfanne warten bzw. zeitgerecht zur Toilette kommen. Er benötigt Hilfe bei externer Harnableitung.
- 0 Punkte: Der Patient ist nicht in der Lage, 5 Punkte zu erreichen.