

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

— Ausschuss Qualitätssicherung I —

Geriatrisches Minimum Data Set (Gemidas)

Version 4.1

Erhebungsbogen, Definitionen und Erläuterungen

Kontakt: Markus Borchelt • Dennis Poser
Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH,
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

© 2002 Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. - Alle Rechte vorbehalten

Die Rechte für den Erhebungsbogen und das Manual liegen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen (BAG KGE) e.V. Eine kommerzielle Verwendung des Gemidas-Dokumentationsstandards (z.B. auch in maschinenlesbarer Form und in EDV-Schnittstellen) verletzt die Rechte der BAG KGE e.V. Die Einbindung in Produkte bedarf der ausdrücklichen vorherigen schriftlichen Genehmigung durch die BAG KGE e.V. in Form einer Lizenzierung. Wenn der Dokumentationsstandard vollständig oder in Teilen in andere Produkte integriert wird, muss die Quelle (Geriatrisches Minimum Data Set - Gemidas, Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.) genannt werden.

Aufn.-Nr.:

Nebendiagnosen einschl. Komplikationen (alle im Verlauf behandlungsrelevanten Erkrankungen; gemäss ICD-10 V2.0 und DKR 2002):

Kodierhilfe (BEISPIELE !)	Nebendiagnose im Klartext (Klartextangabe wird empfohlen, ist aber optional)	ICD-10-Code (V2.0)
Dysphagie R13	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stuhlinkontinenz R15	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neurolog. Neglect R29.5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stürze R29.81	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N.n.bez. Harninkont. R32	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Harnverhaltung R33	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aphasie/Dysphasie R47.0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apraxie R48.2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postop. Wundinfektion T81.4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stumpfinfekt. n. Amput. T87.4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Z.n. OS-Amputation Z89.6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Z.n. US-Amputation Z89.5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dekubitus L89	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prothesenversorgung Z44.1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prozeduren (alle im Verlauf durchgeführten, signifikanten Prozeduren; gemäss OPS-301 V2.1 und DKR 2002):

Kodierhilfe (BEISPIELE !)	Prozedur im Klartext (Klartextangabe wird empfohlen, ist aber optional)	OPS-301-Code (V2.1)
Geriatrische Komplexbeh 8-550	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logopäd. Aphasiebeh. 9-301	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logopäd. Dysarthriebeh. 9-301	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logopäd. Dysphagiebeh. 9-302	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neuropsychologie 9-404	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Debridement: Gesäß, großfl. 5-893.1d	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ggfs. durch OPS-G Dokubogen ersetzen!	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Funktionelle Tests:

Barthel-Index	Manual:	1 = AGAST / 2 = Hamburger / 3 = sonstiges, was:	Aufnahme	Entlassung
Essen	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bett-/Rollstuhltransfer	15 = selbst. / 10 = geringe / 05 = erhebl. Unterstützung / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Waschen	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Toilettenbenutzung	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Baden	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gehen bzw Rollstuhlfahren	15 = selbst. 50m / 10 = m. Hilfe 50m / 05 = selbst. Rollstuhl / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Treppensteigen	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
An- / Auskleiden	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stuhlkontrolle	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urinkontrolle	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Summenscore	Score (0 bis 100 Punkte) / 999 = keine Angabe	BIA: 0-100 / 999 <input type="text"/>	BIE: 0-100 / 998, 999 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Timed "Up & Go" b. Aufn. in Sekunden (1--299): 300 = abgebrochen / **997 = kann nicht gehen** / 998 = nicht durchführbar (andere med. Gründe) / 999 = abgelehnt (kA) TUGA: 1-300 / 997, 998, 999

Timed "Up & Go" b. Entl. in Sekunden (1--299): 300 = abgebrochen / **997 = kann nicht gehen** / 998 = nicht durchführbar (andere med. Gründe) / 999 = abgelehnt o.ä. (kA) TUGE: 1-300 / 997, 998, 999

MMSE b. Aufnahme Score (0 bis 30 Punkte) 98 = nicht durchführbar (med. Gründe, z.B. Aphasie) / 99 = abgelehnt o.ä. MMSE: 0-30 / 98, 99

ggfs. Orientierung, Gedächtnis Ärztl. Einschätzung bei Aufnahme (z.B. nach LACHS et al.), falls kein MMSE
Einschränkung: 0 = keine / 1 = fragl. od. leicht / 2 = mittel- bis schwer / 8 = entf. ° KognStat: 0-2 / 8, 9

PPR bei Aufnahme 1-3 = Stufe A/S1-3 / 9 = keine Angabe PPR-A: A / S 1-3 (9)

PPR bei Entlassung 1-3 = Stufe A/S1-3 / 8 = entfällt (verstorben) / 9 = keine Angabe PPR-E: A / S 1-3 (8, 9)

Aufn.-Nr.:

Neu verordnete Hilfsmittel: 0 = nein / 1 = ja / 8 = entfällt (entf) / 9 = unbekannt (kA) 🔒

Rollstuhl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	0 / 1 / 8 / 9 * <input type="checkbox"/>
Rollator, Deltarad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Gehstock/-stütze	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Badebrett	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Badelifter	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>
Pflegebett	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> entf <input type="checkbox"/> kA	* <input type="checkbox"/>

ICIDH-Klassifikation (optional): 🔒

Schädigung (Impairment)	Haupt - S-Code	* <u>ICIDH-S</u> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Fähigkeitsstörung (Disability)	Haupt - F-Code	* <u>ICIDH-F</u> <input type="text"/> . <input type="text"/>
Beeinträchtigung (Handicap)	Haupt - B-Code / Score	* <u>ICIDH-B</u> <input type="text"/> / <input type="text"/>

Ergebnis (optional): 🔒

Behandl.-Ergebnis objektiv	(Beurteilung durch Arzt/Team, relativ zum Behandlungsziel; Kodierhinweise: s. Manual) 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 8 = entfällt, 9= wn	* <u>Obj.</u> <input type="checkbox"/>
Behandl.-Ergebnis subjektiv	(Beurteilung durch Patient, relativ zum Behandlungsziel; Kodierhinweise: s. Manual) 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, 8 = entfällt, 9= wn	* <u>Subj.</u> <input type="checkbox"/>

Kommentar 🔒

(z.B. Verwendung der vereinfachten Schulnotenskala, Aphasie u.ä. Hinweise)

*

*

*

*

*

*

*

*

🔒

**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 Selbständigkeit 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.

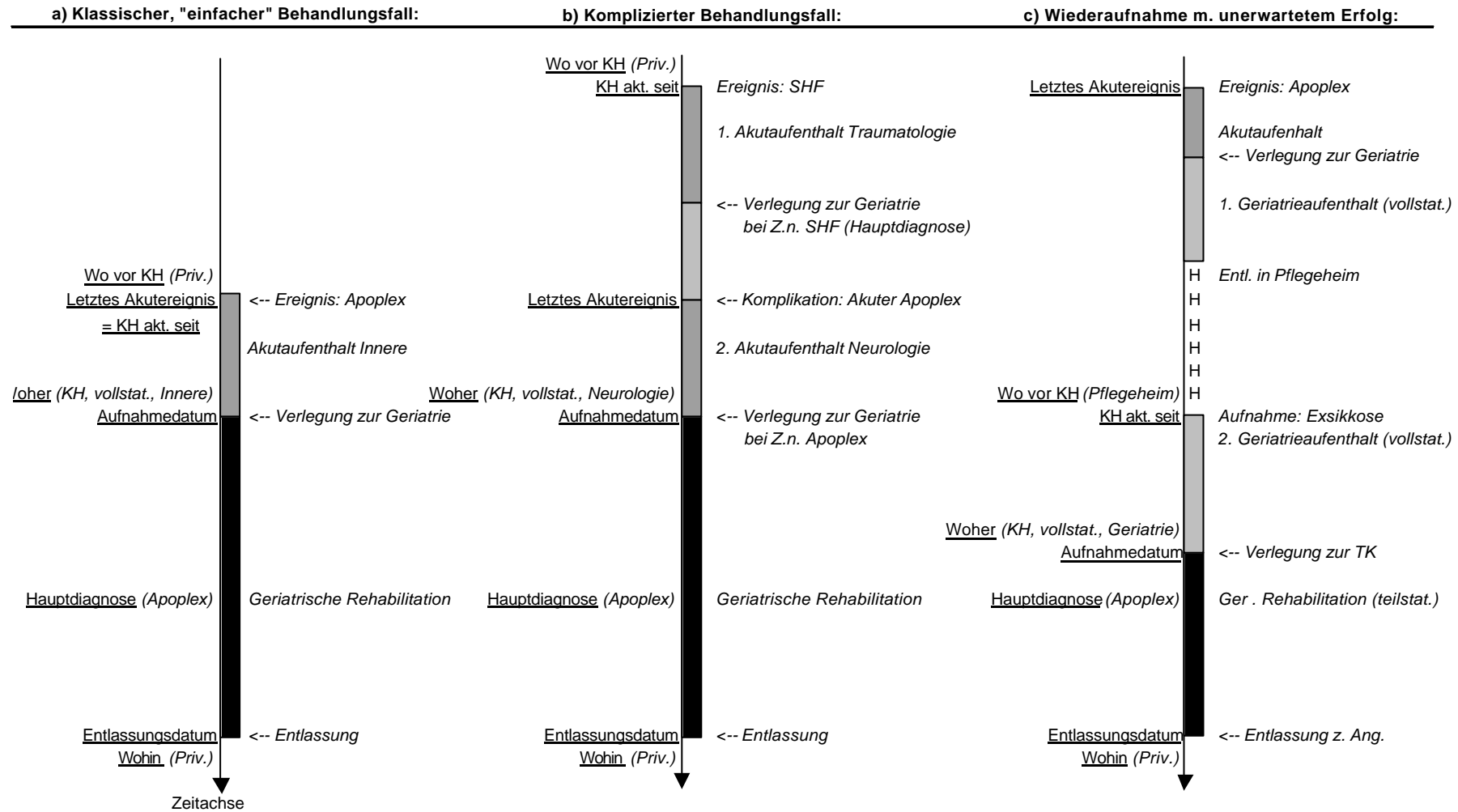
Die Bedeutung dieser Kopplung wird im Beispiel c) noch deutlicher. Hier wäre der „Ort vor Akutereignis“ ebenfalls der Privathaushalt, tatsächlich erfolgte jedoch die Aufnahme am Beginn der erneuten Behandlung infolge Exsikkose - aktueller Behandlungsfall - aus dem Pflegeheim, in das der Pat. am Ende 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 Fachabtlg.			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>
		NEU: 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	• Zuletzt entlassen [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 muss der "Aufnahmestatus" (s. oben) korrekt kodiert werden! Wenn die Fallnummer vorliegt, dann kann der "Aufnahmestatus" entfallen.</p> <p>WICHTIG: <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	Nachname [patname]	Optional Hinweise	Wird nur lokal gespeichert und nicht transferiert
041	Vorname [patvorname]	Optional Hinweise	Wird nur lokal gespeichert und nicht transferiert
042	Geburtsdatum [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 immer nur im Format '01.01.JJJJ'.
043	Geschlecht [patsex]	Hinweise	'W' weiblich, 'M' männlich

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
044	Wohnort (PLZ) [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	Alleinlebens [alleinlebens] NEU:	Definition Hinweise Version Angabe entfällt oder fehlt	Lebenssituation des/der Pat. zum Aufnahmezeitpunkt 'Alleinlebens' 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	Pflegestufe [pflstufe] NEU:	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 optional eingeführt
081	Antragsverfahren Pflegeversicherung [pflantrag] NEU:	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 optional eingeführt
090	Gesetzliche Betreuung [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	Aufnahmedatum	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 Personenkennzeichen (PID → 020) bzw. die korrekte Kodierung des Aufnahmestatus (→ 010) von zunehmend entscheidender Bedeutung und sollte <u>besonders sorgfältig</u> vorgenommen werden.
110 111	ICD-Schlüssel [aufndiagcd] Hauptdiagnose [aufndiag] NEU:	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	Datum letztes Akutereignis [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	Datum letzte OP [op_datum] NEU:	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	Woher [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 separat 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 Privatwohnung → 121 Mit amb. Hilfe ? ----- 02 Krankenhaus /) → 122 Seit wann ? 06 Rehabilitationseinrichtung) 123 Wo davor ? ----- 09 Sonstiges → 126 Woher sonst ? (Klartext)
→	bei <u>Direktaufnahme:</u> • Mit amb. Hilfe? [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 Hilfe sind erhaltene Unterstützungsleistungen gemeint, die zum Verbleib in der Häuslichkeit eher als notwendig und damit auch als regelmäßig erforderlich einzuschätzen oder anzusehen sind. Die Unterscheidung zwischen professioneller und Laienhilfe 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> • Seit wann in stat. Behandlung? [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	• Wo davor? [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 Privatwohnung → 124 Mit ambulanter Hilfe 09 Sonstiges → 125 Wo sonst vor stat. Behandlung?
→	zuvor <u>Privatwhg.:</u> - Mit ambulanter Hilfe? [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.)] Definition ambulanter Hilfe wie unter → 121
→	zuvor <u>Sonstiges:</u> - Wo sonst vor stat. Bhdg.? [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> • Woher sonst ? [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
127	- Aus TK [aus_tk] NEU:	Konditional: Definition Version	<i>Wenn [120 – Woher] NICHT [02 – Krankenhaus / 06 – Rehaeinrichtung]:</i> Unmittelbar vorangegangene teilstationäre Behandlung, die mit dem aktuellen Aufnahmedatum endet (vormals: "Verlegung aus TK"); zu unterscheiden ist zwischen teilstationärer Behandlung in einer angeschlossenen TK bzw. einer externen TK sowie – wenn bekannt – zwischen einer Krankenhaus-TK gem. § 108 SGB V bzw. einer Reha-TK gem. § 111 SGB V (sonst TK o.n.A.) 4.0 Dieses Feld wurde mit Version 4.0 eingeführt: „Tagesklinik“ wird separat erfasst, da die TK nie der Hauptaufenthaltort eines Pat. ist, sondern entweder ein Privathaushalt oder eine Einrichtung.
130	Veranlasser [veranlasser] NEU:	Definition Hinweise Beispiele Version Filtercodes	Initiator der Einweisung / Überweisung / Verlegung, die zur aktuellen Aufnahme in der geriatrischen Einrichtung geführt hat ("Wer hat die geriatrische Behandlung veranlasst?") Es geht hier um die Art des Zugangsweges in die geriatrische Behandlung, daher können Herkunftsort und Veranlasser durchaus verschieden sein, auch wenn sie in den meisten Fällen übereinstimmen dürften. Wird ein Pat. aus einer anderen Klinik angemeldet, kann jedoch aus Kapazitäts- oder Kostenübernahmegründen nicht direkt verlegt werden, sondern kommt erst über einen Zwischenaufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung zur Aufnahme, so ist als Veranlasser die <u>andere Klinik</u> (KH oder Reha) anzugeben und nicht der Hausarzt, der ggfs. formal zuletzt für die med. Behandlung zuständig war. Wird ein verwirrter, exsikkiertes Pat. nach Sturz mit Beckenprellung von einer Rettungsstelle (RTS) eines anderen Krankenhauses zur weiteren Überwachung und Abklärung eingewiesen, so ist die <u>Rettungsstelle</u> der Veranlasser und <u>nicht</u> das Krankenhaus, zu der sie gehört, und auch nicht der Hausarzt, der ggfs. die Vorstellung in der RTS initiiert hat. Wird ein Pat. im Nachtdienst aus einem angeschlossenen Pflegeheim zur Überwachung/Behandlung direkt übernommen, nachdem sich die Nachtschwester auf dem kurzen Dienstweg beim AvD der Einrichtung mit dem Hinweis auf eine zunehmende Somnolenz des Pat. gemeldet hatte, dann ist als Anlass ein <u>Notfall</u> zu kodieren. 4.0 Dieses Feld wurde mit Version 4.0 eingeführt 02 Krankenhaus (§108) } → 131 Überweisende Fachabteilung 06 Rehaeinrichtung (§111) } 133 Entlassdatum Fachabteilung 09 "Verlegung" o.n.A. } }
→ 131	<u>aus KH / Rehaklinik:</u> • Überweisende Fachabteilung [afach]	Konditional: Definition Filtercodes	<i>Wenn [130 – Veranlasser] = [02 / 06 / 09 – KH / Reha / Sonst. "Verlegung"]:</i> Wenn als Veranlasser ein Krankenhaus oder eine Rehaeinrichtung (oder eine andere Einrichtung mit stationärer ärztlicher Versorgung) angegeben wurde, so ist hier die entsprechende veranlassende Fachabteilung zu konkretisieren (gem. vereinfachtem Schlüssel 5 der Vereinbarung nach § 301 SGB V) 3700 Sonstige → 132 Sonstige Fachabteilung
132	→ <u>Sonstige FAB:</u> - Sonstige Fachabteilung [afach_sonst]	Konditional: Definition	<i>Wenn [131 – Fachabteilung] = [3700 – Sonstige Fachabteilung]:</i> Klartextangabe zur sonstigen veranlassenden Fachabteilung (ausgeschlossen diejenigen, die im Gemidas-Schlüssel 18 angegeben sind).
133	• Entlassdatum d. überweisenden Fachabteilung [edatum]	Konditional: Definition	<i>Wenn [130 – Veranlasser] = [02 / 06 / 09 – KH / Reha / Sonst. "Verlegung"]</i> Da der Veranlasser und die veranlassende Fachabteilung nicht identisch sein müssen mit dem Herkunftsort, ist zur Ermittlung der Wartezeit bis zum Beginn der geriatrischen Weiterbehandlung das Entlassdatum aus der veranlassenden Fachabteilung anzugeben. Sind Veranlasser und Herkunftsort identisch, dann entspricht das FAB-Entlassdatum dem akt. Aufnahmedatum und muss nicht erneut angegeben werden (Feld kann dann leer bleiben oder automatisch dem Aufnahmedatum gleichgesetzt werden).
140	Entlassungsdatum [patientldat]	Definition Hinweis	<u>Tag der Entlassung</u> oder <u>Tag der Verlegung</u> oder <u>Sterbetag</u> Mit dem Entlassungsdatum endet ein Behandlungsfall. Das Entlassungsdatum entspricht dabei prinzipiell der administrativen Entlassung (mit Entlassungsmitteilung aus der Fachabteilung gem. Vereinbarung nach §301 Abs. 3 SGB V). Unabhängig davon endet ein Gemidas-Behandlungsfall auch immer dann, wenn ein Wechsel zwischen vollstationärer und teilstationärer geriatrischer Behandlung vorgenommen wird.

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise															
150	Wohin [wohin]	Definition Hinweise Version Filtercodes	Unmittelbarer Entlassungsort (dem Sinne nach: "Wo verbringt der Pat. die erste Nacht nach Entlassung?") Es kann nie eine teilstationäre Einrichtung (z.B. Tagesklinik, Nachtambulanz, 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 internen Verlegung (Def. s. unter → 155) ist zunächst Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung anzugeben, je nach Versorgungsauftrag der übernehmenden hausinternen Station. 4.0 Die Kodierung wurde mit Version 4.0 abwärtskompatibel verändert. 'Tagesklinik' wird separat (→ 158) erfasst (kann nicht der Entlassungsort sein), übrige Änderungen wie bei Woher → 120. <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">01 Privatwohnung</td> <td style="border: none; text-align: center;">→</td> <td style="border: none;">151 Mit amb. Hilfe</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">02 Krankenhaus /</td> <td style="border: none; text-align: center;">}→</td> <td style="border: none;">152 Übernehmende FAB</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">06 Rehabilitationseinrichtung</td> <td style="border: none; text-align: center;">}</td> <td style="border: none;">154 Verlegungsdiagnose</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">}</td> <td style="border: none;">155 Hausinterne Verlegung</td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: none;">09 Sonstiges</td> <td style="border: none; text-align: center;">→</td> <td style="border: none;">156 Wohin sonst ? (Klartext)</td> </tr> </table>	01 Privatwohnung	→	151 Mit amb. Hilfe	02 Krankenhaus /	}→	152 Übernehmende FAB	06 Rehabilitationseinrichtung	}	154 Verlegungsdiagnose		}	155 Hausinterne Verlegung	09 Sonstiges	→	156 Wohin sonst ? (Klartext)
01 Privatwohnung	→	151 Mit amb. Hilfe																
02 Krankenhaus /	}→	152 Übernehmende FAB																
06 Rehabilitationseinrichtung	}	154 Verlegungsdiagnose																
	}	155 Hausinterne Verlegung																
09 Sonstiges	→	156 Wohin sonst ? (Klartext)																
→ 151	<u>Entlassung n. Hause:</u> • Mit amb. Hilfe? [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.)]. Definition Hilfe, professionell vs. Laienhilfe → s. bei [121]															
→ 152	<u>Verlegung:</u> • Übernehmende Fachabteilung (FAB) [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 übernehmende Fachabteilung zu konkretisieren (gem. vereinfachtem Schlüssel 5 der Vereinbarung nach § 301 SGB V). 3700 Sonstige Fachabteilung → 156 Sonstige Fachabteilung															
154	• Verlegungsdiagnose [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 Verlegungsdiagnose zu konkretisieren (die Verlegungsdiagnose muss unter den Nebendiagnosen aufgeführt sein).															
155	• Hausinterne Verlegung? [vintern]	Definition Hinweise	<i>wie → 152</i> Hausinterne Verlegung = entweder Wechsel in eine nicht-geriatrische Fachabteilung der Einrichtung oder Wechsel zwischen vollstationärer und teilstationärer Behandlung innerhalb der geriatrischen Abteilung. Ist oben angegebene Bedingung erfüllt, ist JA zu kodieren, ansonsten NEIN Ein hausinterner Wechsel zwischen geriatrischer Rehaabteilung und geriatrischer Krankenhausbehandlung ist ohne gleichzeitigen Wechsel von voll- zu teilstationärer Behandlung (oder umgekehrt) keine hausinterne Verlegung und begründet keinen neuen Behandlungsfall.															
→ 156	<u>Sonstiges:</u> • Wohin sonst? [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> • Grund für Änderung [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> • Mit TK [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	Behandlung [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) 01 Vollstationär → 161 Unterbrechung 02 Teilstationär → 164 Anz. Behandlungstage
→ 161	<u>Vollstationär:</u> • Unterbrechung [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. 1 Einmalig) → 162 Berechnungsfreie Tage 2 Mehrmals) 163 Unterbrechungsgrund
162	→ <u>einmal/mehrmals</u> - Berechnungsfreie Tage [ub_tage]	Konditional: Definition	<i>Wenn [161 – Unterbrechung] = [1 – Einmalig / 2 – Mehrmals]:</i> Gesamtzahl berechnungsfreier Tage, addiert über alle Unterbrechungen
163	- Begründung [ub_grund]	Konditional: Definition	<i>Wie → 162</i> Begründung(en) der Unterbrechung(en) der Behandlung in Klartext (Memofeld)
→ 164	<u>Teilstationär:</u> • Anz. Behandlungstage [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	Nebendiagnosen [icd_codes]	Definition Hinweise NEU: Version	Alle gemäss DKR 2002 behandlungsrelevanten 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 kein 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	Prozeduren [ops_codes] [ops_gcodes]	Definition Hinweise NEU: Version	Alle signifikanten 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 umgekehrt (soweit verfügbar).

Feld	Erhebungsbogen [Feldname]	Information	Definitionen, Erläuterungen, Hinweise
240	MMSE b. Aufnahme [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	• Orientierung, Gedächtnis [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	PPR bei Aufnahme: Stufe A [ppr01] Stufe S [ppr02]	Definition Angabe fehlt	Stufe A (und optional Stufe S) der Pflegeeinstufung gemäß PPR am Aufnahmetag 9 unbekannt (nicht dokumentiert)
251	PPR bei Entlassung: Stufe A [ppr03] Stufe S [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	Neu verordnete Hilfsmittel 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	Behandlungsergebnis „subjektiv“	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	Behandlungsergebnis „objektiv“	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	Schädigung (Impairment)	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	Fähigkeitsstörung (Disability)	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	Beeinträchtigung (Handicap)	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	Stuhlkontinenz	
	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.