

**Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.  
- Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ -**

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

**Markus Borchelt  
Forschungsgruppe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin,  
Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin,  
Charité - Campus Virchow-Klinikum  
Reinickendorfer Str. 61, D-13347 Berlin  
Fax: 030/450-53933 - E-mail: markus.borchelt@charite.de**

**Stand August 2000  
Fassung vom 13.08.2000**

## Definitionen und Erläuterungen zum Ersterhebungsbogen (Stand: 13.08.2000)

### A - Krankenhausinternes Patientenidentifikationsblatt

Dieser Kopfbogen enthält die Patientenstammdaten. Aus Datenschutzgründen erfolgt die Erfassung auf einer separaten Seite, sodaß bei lokaler Verwendung eindeutiger Merkmale (Name, PLZ) nach erfolgter Datenerfassung dieser Bogen von den anderen abgetrennt und vernichtet werden kann.

<b>Fallnummer</b>	Definition	Personenkennzeichen zur eindeutigen Identifikation einer Person auch über verschiedene Aufenthalte hinweg (im Gegensatz zur Aufnahme Nummer, s. dort).
	Hinweise	Wenn das Aufnahmeverfahren der Institution keine entsprechende Kennziffer zur Verfügung stellt, kann diese mit dem Gemidas-Programm generiert werden.
	Format	Text, max. 255 Zeichen
<b>Aufnahmenummer</b>	Definition	Kennzeichen zur eindeutigen Identifikation eines Behandlungsfalls (= 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.
	Format	Text, max. 255 Zeichen
<b>Nachname</b> optional	Hinweise	optionale Angabe; wird nur lokal gespeichert und nicht transferiert; kann die Datenhaltung und -bereinigung vor Ort erleichtern
	Format	Text, max. 255 Zeichen
<b>Vorname</b> optional	Hinweise	optionale Angabe; wird nur lokal gespeichert und nicht transferiert; kann die Datenhaltung und -bereinigung vor Ort erleichtern
	Format	Text, max. 255 Zeichen
<b>Geburtsdatum</b> Tag/Monat optional	Hinweise	Geburtsdatum des/der Pat. Aus Datenschutzgründen kann die Angabe auf das Geburtsjahr beschränkt werden (Eingabe von '01.01.JJJJ', wobei 'JJJJ' für das tatsächliche Geburtsjahr steht).
	Format	Datum/Zeit [TT.MM.JJJJ]
<b>Geschlecht</b>	Format	Text, max. 1 Zeichen
	Kodierung:	'W' weiblich 'M' männlich
<b>Wohnort (PLZ)</b> PLZ-Ziffern 3-5 optional	Definition	Postleitzahl des Wohnortes des/der Pat.
	Hinweise	Aus Datenschutzgründen kann die Angabe auf die ersten beiden Ziffern beschränkt werden (Eingabe von 'pp000', wobei 'pp' für die ersten beiden Ziffern der tatsächlichen PLZ stehen).
	Format	Zahl [LONG INTEGER, 5-stellig]
<b>Alleinlebend</b>	Definition	Lebenssituation des/der Pat. zum Aufnahmezeitpunkt.
	Hinweise	'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 regelmäßig auch nachts anwesend sind.
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	0 nein (nicht alleinlebend) 1 ja (alleinlebend)
	Angabe entfällt oder fehlt	8 trifft nicht zu (z.B. im Heim lebend, Einzelzimmer, jedoch mit 24-stündig anwesendem Personal) 9 nicht dokumentiert (Lebenssituation unbekannt)

## B - Erfassungsbogen

Dieser Bogen enthält die eigentlichen Daten des Minimum Data Sets. Vor Abtrennung des krankenhausesinternen Patientenidentifikationsbogens sollte auf jeder der folgenden Seiten oben die Aufnahmeummer eingetragen werden.

Die wesentlichen Änderungen gegenüber den Gemidas-Pilotphasen liegen in der Erfassung der „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 ?
- Kann die vorbestehende Wohnsituation erhalten oder verbessert werden (Privathaushalt vs. Pflegeeinrichtung) ?
- In welchem Umfang ändert sich ambulanter Hilfebedarf (formelle und informelle Hilfen) ?

Das Erfassen dieser Informationen - zumal ohne umfangreichen, komplexen Erfassungsbogen - 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 Rehabilitation 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 (der bereits mit den Variablen der Pilotphase ausreichend beschreibbar war) ist im Beispiel a) illustriert. Ein akutes Ereignis (hier: Apoplex) zwingt zur Direktaufnahme von ambulant mit vollstationärer Akutbehandlung und - nach Stabilisierung - anschließender Verlegung zur Reha, in der der Pat. seine Selbständigkeit soweit wiedererlangt, daß er zurück in die ambulante Versorgung entlassen werden kann.

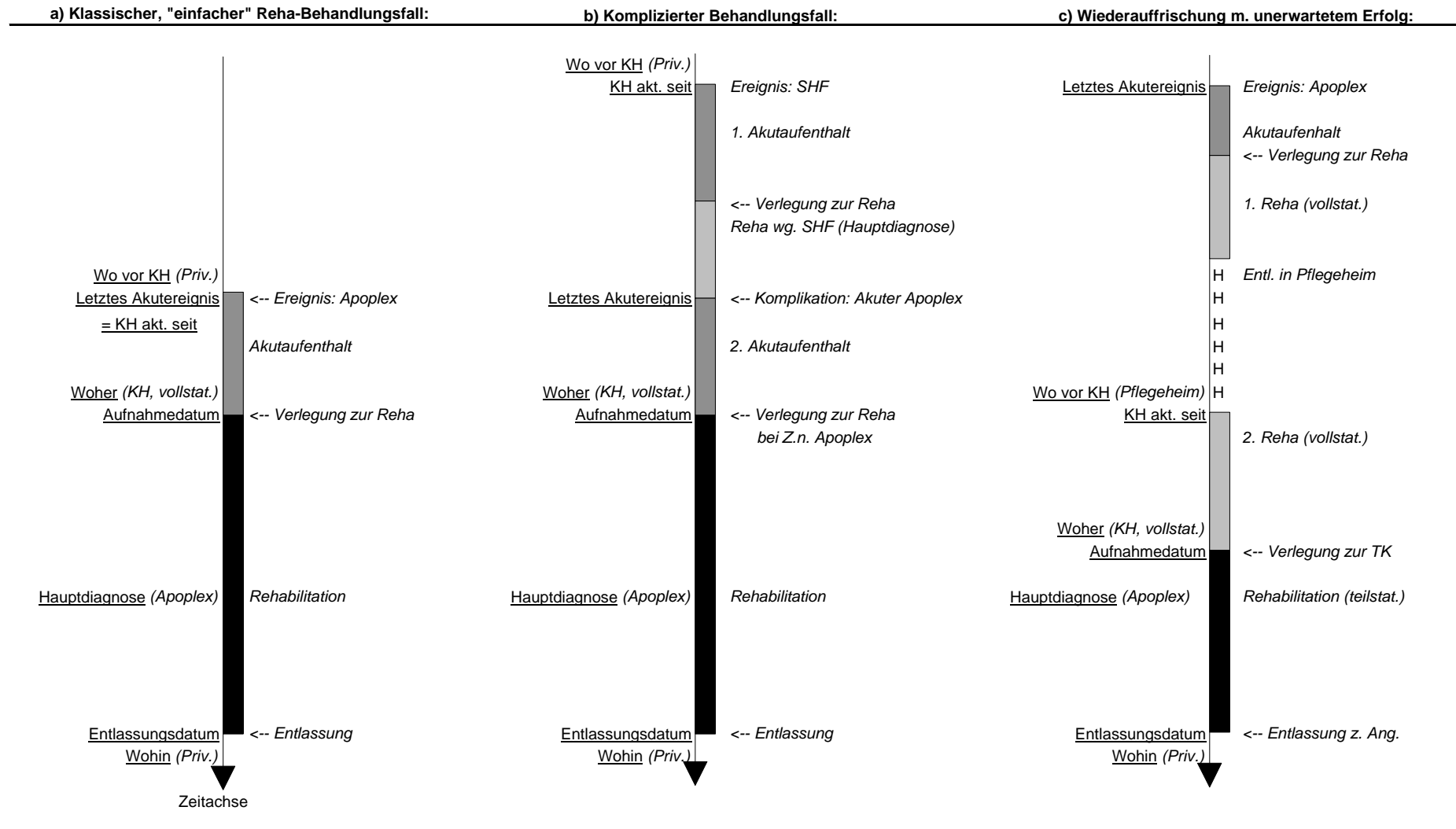
Ein komplexer Behandlungsfall wird im Beispiel b) illustriert. Hier erfolgt der letzte Behandlungsabschnitt ebenfalls als Rehabilitation nach Apoplex, allerdings nach einer Folge mehrerer stationärer Behandlungen, an deren Beginn eine Schenkelhalsfraktur (SHF) stand. Da die aktuelle Reha-Behandlung in 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 Rehabehandlung 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 Wiederauffrischungsbehandlung - zu der der aktuelle Behandlungsfall gehört - 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)
- Datum des letzten Akutereignisses 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')



Legende:

- Aktueller Behandlungsfall
- Inst. Vorgeschichte
- Gemidas-Variablen

<b>Aufnahme</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aufnahmedatum</b> [AufnDatum]</li> </ul>	Definition	Tag der Aufnahme (aktueller Behandlungsfall)
	Format Angabe fehlt	Datum/Zeit [TT.MM.JJJJ] Unzulässig
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Aufnahmegrund</b> ( = Hauptdiagnose) [Diagnose], [ICD]</li> </ul>	Definition	Die den aktuellen <u>Aufenthalt hauptsächlich begründende Diagnose</u> in Klartext und nach ICD-10 verschlüsselt, ggfs. mit Datumsangabe des letzten zugehörigen Akutereignisses - entsprechend dem <u>Erkenntnisstand bei Behandlungsende</u> .
	Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufgrund der Definition wird die Hauptdiagnose in den meisten Fällen der Entlassungsdiagnose entsprechen, kann jedoch durchaus auch von dieser abweichen, wenn z.B. infolge einer neuen, akuten Erkrankung die Entlassungsdiagnose nicht dieselbe Diagnose ist, die für die Behandlung zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum begründend war.</li> <li>Es sollte für einzeln kodierbare, jedoch zusammengehörende Erkrankungen die hierarchisch allgemeinste Oberkategorie kodiert werden (z.B. Pat. mit Hemiparese und Aphasie bei Zustand nach länger zurückliegendem Apoplex --&gt; Kodierung als 'Spätfolgen von Hirngefäßkrankheiten'; Aphasie und Hemiparese können dann zusätzlich unter 'Nebendiagnosen' und/oder ICDH kodiert werden).</li> <li>Da die ICD kein unmißverständlicher Schlüssel ist und durchaus unterschiedlich aufgefaßt werden kann, sollte auf jeden Fall die Hauptdiagnose auch im Klartext erfaßt werden, um diese Unterschiede später ggf. ausgleichen zu können.</li> </ul>
	Format	Klartextangabe: Text, max. 255 Zeichen ICD-10-Kodierung: Text, max. 10 Zeichen [>A00\.9a??;0] [nach ICD-10-SGB V, Stand 1999] z.B. M17.16RV (V.a. Gonarthrose re.)  <ul style="list-style-type: none"> <li>Verwenden Sie keine Stern-(*)- und keine Zusatz-(!)-Codes für das ICD-Feld der behandlungsbegründenden Diagnose! Sie können entsprechende Diagnose-Codes in der Tabelle „Begleitdiagnosen“ angeben.</li> <li>Die beiden Zusätze der SGB-V (R/L/B und V/Z/A) werden OHNE Leerzeichen dem ICD-Code nachgestellt!</li> </ul>
	Angabe fehlt	Textfeld frei lassen (BLANK); ICD frei lassen (BLANK)
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Letztes Akutereignis</b> (in Bezug auf die Hauptdiagnose) [Datum LAE]</li> </ul>	Definition	Tag, Monat und Jahr (soweit bekannt) des letzten akuten Ereignisses (z.B. apoplektischer Insult, Myokardinfarkt, Schenkelhalsfraktur, Parkinsonkrise etc.), das <u>in Beziehung zur behandlungsbegründenden Hauptdiagnose</u> steht.
	Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nicht</b> gemeint ist z.B. die akute Bronchitis zwei Wochen vor einer Aufnahme, die wegen Wiederauffrischungsbehandlung bei Zustand nach Apoplex vor 12 Monaten erfolgte - in diesem Fall ist das Datum des Apoplexes zu kodieren.</li> <li>Bei <b>chronisch progredienten Erkrankungen ohne Akutereignis</b> (z.B. zunehmende Schluckstörungen bei Parkinson-Syndrom) ist auch dann, wenn eine erst kürzere Zeit zurückliegende, akute Erkrankung durchaus erulierbar ist, das letzte Akutereignis als 'entfällt' (98.98.9998) zu kodieren, wenn diese Akuterkrankung in keiner Beziehung zur Grunderkrankung oder zur aktuellen Behandlung steht.</li> <li><b>In Fällen mit mehreren Akutereignissen in Folge</b> (z.B. Apoplex --&gt; Akutaufnahme --&gt; Verlegung zur Reha nach Apoplex --&gt; Sturz mit SHF während Reha --&gt; Akutverlegung zur OP --&gt; Rückverlegung zur Reha nach TEP bei Z.n. SHF --&gt; Komplikat.: schwere Angina pect. --&gt; Akutverlegung b. V.a. MI --&gt; Rückverlegung Reha nach TEP b. SHF etc.pp.) gilt als Datum des letzten Akutereignisses <u>stets das jeweils in Beziehung zum aktuellen Behandlungsanlaß</u> (kodiert durch die Hauptdiagnose) <u>stehende Ereignis</u> (im Beispiel: bei erstem Reha-Aufenthalt das Datum des Apoplexes, bei beiden weiteren das Datum der SHF).</li> </ul>
	Format:	Tag: Zahl [INTEGER, 2-stellig] Monat: Zahl [INTEGER, 2-stellig] Jahr: Zahl [INTEGER, 4-stellig]
	Angabe entfällt oder fehlt	98 / 98 / 9998 trifft nicht zu (kein zugehöriges Akutereignis) 99 für Tag u./o. Monat, falls unbekannt (nur Jahr bekannt = z.B. 99 / 99 / 1994; nur Monat und Jahr bekannt = z.B. 99 / 10 / 1994) 99 / 99 / 9999 Akutereignis ja, aber Jahr unbekannt BLANK keine Angabe, ob Akutereignis od. nicht

## Aufnahme (Forts.)

<p>• <b>Woher</b> [Woher]</p>	<p>Definition</p> <p>Format</p> <p>Kodierung</p> <p>Angabe nicht möglich</p>	<p><u>Unmittelbarer Herkunftsort</u> des/der Pat. bei Aufnahme</p> <p>Zahl [INTEGER, 2-stellig]</p> <p>01 Privatwohnung.....⇒ 1)  02 Krankenhaus (vollstationär).....⇒ 2)  03 Krankenhaus (teilstationär).....⇒ 2)  04 Pflegeeinrichtung  09 Sonstiges</p> <p>99 Herkunftsort unbekannt (nicht dokumentiert)</p>
<p>⇒ 1) wenn von ambulant (Priv.-Whg.): <b>Hatte Pat. vor Aufnahme ambulante Hilfe ?</b> [m. Hilfe (wenn v. Priv.)]</p>	<p>Definition</p> <p>Format</p> <p>Kodierung</p> <p>Angabe fehlt</p>	<p><i>(bei Direktaufnahme)</i></p> <p>Professionelle oder „familiale“ (durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte etc.) Hilfe/Unterstützung vor Aufnahme [adaptiert aus: GERASS '95, Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.)].</p> <p>Zahl [INTEGER, 1-stellig]</p> <p>0 nein  1 nur professionelle Hilfe  2 nur „familiale“ Hilfe  3 sowohl professionelle als auch „familiale“ Hilfe</p> <p>9 Hilfe/Unterstützung unbekannt (nicht dokumentiert)</p>
<p>⇒ 2) wenn aus Krankenhaus: <b>a) Pat. ist aktuell seit wann in kontinuierlicher KH-Behandlung ?</b> [KH akt. seit]</p> <p><b>b) Wo war Pat. davor ?</b> [Wo vor KH]</p> <p>⇒ 2.1) wenn davor in Privatwohnung: <b>Mit Hilfe ?</b> [m. Hilfe (wenn vor KH in PrivWhg.)]</p>	<p>Definition</p> <p>Format</p> <p>Angabe fehlt</p> <p>Definition</p> <p>Format</p> <p>Kodierung</p> <p>Angabe fehlt</p> <p>Definition etc.</p>	<p><i>(bei Verlegung)</i></p> <p>Datum der letzten KH-Aufnahme <u>von ambulant</u> (aus Privatwohnung) <u>oder aus Pflegeeinrichtung</u>  (● Datum der letzten Direktaufnahme; vgl. Beisp., Abb. 1)</p> <p>Datum/Zeit (TT.MM.JJJJ)  wenn TAG unbekannt: TT = 15  wenn MONAT unbekannt: MM = 06  wenn JAHR unbekannt BLANK (Feld ganz freilassen)</p> <p><u>Ursprünglicher Herkunftsort</u> vor Beginn der aktuell kontinuierlichen KH-Behandlung</p> <p>Zahl [INTEGER, 2-stellig]</p> <p>01 Privatwohnung.....⇒ 2.1)  04 Pflegeeinrichtung  09 Sonstiges</p> <p>99 Ursprünglicher Herkunftsort nicht zu ermitteln</p> <p>s.o. unter 1)</p>

<b>Entlassung</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entlassungsdatum</b> [EntlDatum]</li> </ul>	Definition	<u>Tag der Entlassung</u> oder <u>Tag der Verlegung</u> oder <u>Sterbetag</u>
	Format	Datum/Zeit [TT.MM.JJJJ]
	Angabe fehlt	unzulässig
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Wohin</b> [Wohin]</li> </ul>	Definition	Kodierung des Entlassungsortes (s.u.) und ggfs. Begründung für Änderung gegenüber ursprünglichem Herkunftsort
	Format	Zahl [INTEGER, 2-stellig]
	Kodierung	01 Privatwohnung.....⇒ 1) 02 Krankenhaus (vollstationär) 03 Krankenhaus (teilstationär) 04 Pflegeeinrichtung 05 verstorben 09 Sonstiges
Angabe fehlt	99 Entlassungsort unbekannt (nicht dokumentiert)	
⇒ 1) wenn Entlassung in Priv.-Whg.: <b>Wird Pat. mit ambulanter Hilfe entlassen ?</b> [m. Hilfe (wenn n. Priv.)]	Definition	(bei Entlassung „nach Hause“) Professionelle oder „familiale“ (durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte etc.) Hilfe/Unterstützung nach Entlassung
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	0 nein 1 nur professionelle Hilfe 2 nur „familiale“ Hilfe 3 sowohl professionelle als auch „familiale“ Hilfe
Angabe fehlt	9 Hilfe/Unterstützung unbekannt (nicht dokumentiert)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ggfs. Grund für Änderung</b></li> </ul>	Definition	Wenn der Entlassungsort ein anderer ist als a) bei Direktaufnahme der unmittelbare Herkunftsort bzw. b) bei Verlegung der ursprüngliche Herkunftsort, dann kann in diesem Feld der Grund für die Änderung in Klartext angegeben werden.
	Hinweise	Vergleiche Abb. 1, Fallbeispiel c): Gründe für die Änderung von Pflegeheim nach Privat könnten sein: Erhebliche Besserung bei Wiederauffrischungsbehandlung und verbesserte Einbindung des sozialen Netzes (Angehörige)
	Format	Text, max. 255 Zeichen
Angabe entfällt oder fehlt	BLANK (z.B. keine Änderung, Pat. verstorben etc.)	

<b>Behandlung</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Art</b> [Beh.Art]</li> </ul>	Definition	Art der Behandlung im institutionellen Kontext, ggfs. mit Angabe von Unterbrechungen (bei vollstat. Behandlung) oder der Anzahl der Behandlungstage gesamt (bei teilstat. Behandlung)
	Format	Zahl [INTEGER, 2-stellig]
<p>⇒ 1) wenn vollstat. behandelt: <b>Unterbrechung ?</b> [Unterbrechung vollstat.]</p>	Kodierung	01 vollstationär.....⇒ 1) 02 teilstationär.....⇒ 2) 03 sonstiges (Dummy-Restkategorie) 04 ambulante.....⇒ 2)
	Angabe fehlt	unzulässig
<p>⇒ 1.1) wenn Reha.-Beh. unterbrochen: <b>Anz. Tage ?</b> [AnzTage unterbrochen]</p>	Definition	Unterbrechung einer vollstationären Reha-Behandlung aufgrund interkurrenter Erkrankungen / sonstiger Komplikationen, ohne dass der/die Pat. jedoch verlegt werden musste
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
<p>⇒ 1.1) wenn Reha.-Beh. unterbrochen: <b>Anz. Tage ?</b> [AnzTage unterbrochen]</p>	Kodierung	0 nein 1 ja.....⇒ 1.1) 9 unbekannt (nicht dokumentiert)
	Angabe fehlt	9 unbekannt (nicht dokumentiert)
<p><b>aufgrund von:</b> [Grund]</p>	Definition	Dauer der Unterbrechung(en) insgesamt in Tagen
	Format	Zahl [INTEGER, 3-stellig]
<p>⇒ 2) wenn teilstat. od. ambulante: <b>Behandlungstage gesamt</b> [Behandlungstage teilstat]</p>	Angabe fehlt	999 unbekannt (Dauer nicht dokumentiert)
	Definition	Klartextangabe des Grundes / der Gründe für Unterbrechung(en) des vollstationären Reha-Behandlung (z.B. Pneumonie etc.)
<p>⇒ 2) wenn teilstat. od. ambulante: <b>Behandlungstage gesamt</b> [Behandlungstage teilstat]</p>	Format	Memo (max. 64.000 Zeichen)
	Angabe fehlt	BLANK
<p>⇒ 2) wenn teilstat. od. ambulante: <b>Behandlungstage gesamt</b> [Behandlungstage teilstat]</p>	Definition	Im teilstationären Bereich werden alle Tage als Behandlungstage gezählt, an denen der/die Pat. in der Institution (Tagesklinik) tatsächlich anwesend war.
	Hinweise	Im typischen Fall ist die Anzahl der Behandlungstage = Zahl der <u>Werk</u> tage zwischen Aufnahme und Entlassung minus Zahl der Fehltag
<p>⇒ 2) wenn teilstat. od. ambulante: <b>Behandlungstage gesamt</b> [Behandlungstage teilstat]</p>	Format	Zahl [INTEGER, 3-stellig]
	Angabe fehlt	999 unbekannt (Anzahl nicht dokumentiert)



Ergebnis														
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reha-Ergebnis „objektiv“</b></li> </ul>	Definition	Professionelle Beurteilung des Behandlungsergebnisses (durch Ärzte oder Reha-Team) in Relation zum Behandlungsziel; unmittelbar vor Entlassung zu erheben.												
	Hinweise	<p>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></p> <p>Gegenüber der Pilotphase wurde die Kategorie 6 (ungenügend) gestrichen, um die Skala 1.) einfacher zu machen, 2.) b. Bed. weiter verkürzen zu können (Symmetrie) und 3.) vergleichbarer zu machen (üblicherweise haben Bewertungsskalen eine ungerade Anzahl Stufen). Die Verwendung der vereinfachten Skala muß im 'Kommentar' (letzte Seite) vermerkt werden.</p>												
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]												
	Kodierung (vereinfachte Form: <i>kursiv</i> )	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Schulnotenskala</th> <th>Erläuterungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 sehr gut</td> <td>„viel besser als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>2 gut</td> <td>„besser als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>3 befriedigend</td> <td>„wie erwartet“</td> </tr> <tr> <td>4 ausreichend</td> <td>„schlechter als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>5 mangelhaft</td> <td>„viel schlechter als erwartet“</td> </tr> </tbody> </table>	Schulnotenskala	Erläuterungen	1 sehr gut	„viel besser als erwartet“	2 gut	„besser als erwartet“	3 befriedigend	„wie erwartet“	4 ausreichend	„schlechter als erwartet“	5 mangelhaft	„viel schlechter als erwartet“
	Schulnotenskala	Erläuterungen												
	1 sehr gut	„viel besser als erwartet“												
2 gut	„besser als erwartet“													
3 befriedigend	„wie erwartet“													
4 ausreichend	„schlechter als erwartet“													
5 mangelhaft	„viel schlechter als erwartet“													
Angabe entfällt oder fehlt	8 entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 nicht beurteilbar („weiß nicht“)													
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reha-Ergebnis „subjektiv“</b></li> </ul>	Definition	Individuelle Beurteilung des Behandlungsergebnisses (durch Pat.) in Relation zum eigenen Behandlungsziel / den eigenen Erwartungen												
	Hinweise	<p>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></p> <p>Gegenüber der Pilotphase wurde die Kategorie 6 (ungenügend) gestrichen, um die Skala 1.) einfacher zu machen, 2.) b. Bed. weiter verkürzen zu können (Symmetrie) und 3.) vergleichbarer zu machen (üblicherweise haben Bewertungsskalen eine ungerade Anzahl Stufen). Die Verwendung der vereinfachten Skala muß im 'Kommentar' (letzte Seite) vermerkt werden.</p>												
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]												
	Kodierung (vereinfachte Form: <i>kursiv</i> )	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Schulnotenskala</th> <th>Erläuterungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 sehr gut</td> <td>„viel besser als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>2 gut</td> <td>„besser als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>3 befriedigend</td> <td>„wie erwartet“</td> </tr> <tr> <td>4 ausreichend</td> <td>„schlechter als erwartet“</td> </tr> <tr> <td>5 mangelhaft</td> <td>„viel schlechter als erwartet“</td> </tr> </tbody> </table>	Schulnotenskala	Erläuterungen	1 sehr gut	„viel besser als erwartet“	2 gut	„besser als erwartet“	3 befriedigend	„wie erwartet“	4 ausreichend	„schlechter als erwartet“	5 mangelhaft	„viel schlechter als erwartet“
	Schulnotenskala	Erläuterungen												
	1 sehr gut	„viel besser als erwartet“												
2 gut	„besser als erwartet“													
3 befriedigend	„wie erwartet“													
4 ausreichend	„schlechter als erwartet“													
5 mangelhaft	„viel schlechter als erwartet“													
Angabe entfällt oder fehlt	8 entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 nicht beurteilbar („weiß nicht“; Pat. versteht Frage nicht, z.B. infolge Aphasie etc.)													

ICIDH-Klassifikation (optional)		
• <b>Schädigung (Impairment)</b>	Definition	S-Code der im Vordergrund stehenden Schädigung (s. ICIDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)
	Hinweise	z.B. <i>Schwere funktionelle Schädigung der Kommunikation</i> S30.0
	Format	Text, max. 6 Zeichen (da bis zwei Stellen hinter dem Punkt mgl.)
	Angabe fehlt	BLANK
• <b>Fähigkeitsstörung (Disability)</b>	Definition	F-Code der im Vordergrund stehenden Fähigkeitsstörung (s. ICIDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)
	Hinweise	z.B. <i>Schwierigkeit beim entfernten Einkaufen (nicht infolge Schwierigkeiten im Benutzen von Verkehrsmitteln);</i> F47.2 <i>fakultativ ergänzt durch:</i> <i>Schweregrad: 1 (=Schwierigkeiten bei der Ausführung)</i> F47.21 <i>Prognose: 2 (=Verbesserung möglich)</i> F47.212
	Format	Text, max. 7 Zeichen
	Angabe fehlt	BLANK
• <b>Beeinträchtigung (Handicap)</b>	Definition	B-Code der im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung und Skalenwert (Score) der zugehörigen Skala (s. ICIDH, 2. Auflage, Ullstein-Mosby, 1995)
	Hinweise	z.B. <i>Beeinträchtigung der Orientierung:</i> Code = 1 <i>Teilweise kompensierte Störung:</i> Score = 3
	Format	2 Zahlen [jeweils INTEGER, 1-stellig]
	Angabe fehlt	BLANK

Begleitdiagnosen und Begleitmorbidität		
	Definition	<b>Diagnosen:</b> Alle <b>behandlungsrelevanten</b> Begleiterkrankungen und Behinderungen, die nach ICD-10 verschlüsselt werden müssen.  <b>Morbidität:</b> Explizite Ja/Nein-Erfassung ausgewählter Begleiterkrankungen mit Unterscheidung schwer / nicht schwer
	Hinweise	Die ICD-10-Kodierung soll mind. 4-stellig vorgenommen werden. Wichtig ist im Hinblick auf die gemeinsame Datenbank die Angabe des Punktes und/oder führender Nullen, um Fehlkodierungen zu vermeiden  Beispiel:            Sonst. Salmonelleninfektion            ICD A02.8 Sepsis n.n.bez.                                    ICD A41.9 Taubheit n.n.bez.                                        ICD H91.9  Bei ICD-Ziffern ohne 4. Stelle (z.B. Z.n. Apoplex, ICD I64) soll die fehlende Ziffer mit einem Bindestrich identifiziert werden (I64.-).  Im Sinne einer besseren Standardisierung wurde mit <u>Version 3.0</u> die explizite Erfassung bestimmter Begleiterkrankungen eingeführt, die mittels Auswahllisten als <i>vorhanden / nicht vorhanden</i> sowie als <i>schwer / nicht schwer</i> kodiert werden sollen. <b>Zu beachten:</b> NICHT vorliegende Erkrankungen sind explizit als NEIN zu kodieren! <b>Die Erfassung der Begleitmorbidität kann dann die Erfassung der Begleitdiagnosen vollständig ersetzen.</b> Mit Hinblick auf die DRG´s sollten jedoch weiterhin alle behandlungsrelevanten Diagnosen, die nicht explizit abgefragt werden, zusätzlich verschlüsselt werden.
• <b>Klartext</b>	Format	Text, max. 255 Zeichen

<b>Begleitdiagnosen und Begleitmorbidität</b>		
• <b>ICD-9-Code</b>		Text, max. 10 Zeichen
• <b>ICD-10-Code</b>		Text, max. 10 Zeichen
• <b>Begleitmorbidität</b>		Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung (nur für <b>Begleit- morbidität</b> )	0 Nein 1 Ja, nicht schwer 2 Ja, schwer 8 Nicht beurteilbar 9 keine Angabe

<b>Barthel-Index</b>		
• <b>bei Aufnahme</b>	Definition	Beurteilung der Selbständigkeit in 10 Items [vgl. AGAST (1995). Geriatrisches Basisassessment, MMV-Verlag] bei Aufnahme (Zeitraum zwischen 2.-5. Behandlungstag einhalten).
	Hinweise	Die Einstufung kann prinzipiell von allen Mitgliedern des Reha-Teams durchgeführt werden (Berufsgruppe jeweils angeben, s.u.). Der Gesamtscore braucht nicht berechnet und eingegeben zu werden (wird vom Programm berechnet).
	Format	jedes Item: Zahl [INTEGER, 2-stellig]
	Angabe fehlt	BLANK (vermeiden, da sonst Score nicht zu errechnen !)
• <b>Beurteilung erfolgte durch</b>	Definition	Patientenbezogene Kodierung der Berufsgruppe, die die Barthel-Einstufung bei Aufnahme vorgenommen hat
	Format	Zahl [INTEGER, 2-stellig]
	Kodierung	01 Pflegekraft 02 Arzt 03 Therapeut 04 Team 05 Andere
	Angabe entfällt oder fehlt	98 entfällt (es ist keine Einstufung erfolgt) 99 unbekannt (nicht dokumentiert)
• <b>bei Entlassung</b>	Definition	Beurteilung der Selbständigkeit in 10 Items [vgl. AGAST (1995). Geriatrisches Basisassessment, MMV-Verlag] bei Entlassung (= in der letzten Behandlungswoche).
	Hinweise	Die Einstufung kann prinzipiell von allen Mitgliedern des Reha-Teams durchgeführt werden (Berufsgruppe jeweils angeben, s.u.). Der Gesamtscore braucht nicht berechnet und eingegeben zu werden (wird vom Programm berechnet).
	Format	jedes Item: Zahl [INTEGER, 2-stellig]
	Angabe fehlt	BLANK (vermeiden, da sonst Score nicht zu errechnen !)
• <b>Beurteilung erfolgte durch</b>	Definition	Patientenbezogene Kodierung der Berufsgruppe, die die Barthel-Einstufung bei Entlassung vorgenommen hat
	Hinweise	Angaben entfallen, wenn Pat. verstorben
	Format	Zahl [INTEGER, 2-stellig]
	Kodierung	01 Pflegekraft 02 Arzt 03 Therapeut 04 Team 05 Andere
	Angabe entfällt oder fehlt	98 entfällt (keine Einstufung erfolgt; Pat. verstorben) 99 unbekannt (nicht dokumentiert)

Item-Definitionen: siehe [Handlungsanleitung: Barthel - Index; in: 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.]

<b>PPR</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>bei Aufnahme:</b> <b>Stufe A</b> Stufe S (optional)</li> </ul>	Definition	Stufe A (und optional Stufe S) der Pflegeeinstufung gemäß PPR am Aufnahmetag
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	1 Stufe 1 2 Stufe 2 3 Stufe 3
	Angabe fehlt	9 unbekannt (nicht dokumentiert)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>bei Entlassung:</b> <b>Stufe A</b> Stufe S (optional)</li> </ul>	Definition	Stufe A (und optional Stufe S) der Pflegeeinstufung gemäß PPR am letzten Behandlungstag
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	1 Stufe 1 2 Stufe 2 3 Stufe 3
	Angabe entfällt oder fehlt	8 Einstufung entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 unbekannt (nicht dokumentiert)
<b>Neu verordnete Hilfsmittel</b>		
Vordefinierte HM: Rollstuhl Rollator/Deltarad Gehstock/-stütze Badebrett Toilettensitzerhöhung Badelifter Sonstige Hilfsmittel	Definition	Zwischen Aufnahme- und Entlassungstag <u>neu</u> (d.h. zusätzlich) verordnete Hilfsmittel, unabhängig vom Lieferstatus
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	0 nein 1 ja
	Angabe entfällt oder fehlt	8 entfällt (z.B. Pat. verstorben) 9 unbekannt (nicht dokumentiert)
	Definition	(Zusätzlich) andere(s) HM verordnet, Angabe(n) in Klartext
	Format	Text, max. 255 Zeichen
	Angabe entfällt	BLANK

Funktionelle Tests		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>MMSE bei Aufnahme</b></li> </ul>	Definition	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.
	Hinweise	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
	Angabe entfällt oder fehlt	98 Test nicht durchführbar (z.B. infolge Aphasie) 99 keine Angaben (Test abgelehnt o.ä.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientierung, Gedächtnis (optional)</b></li> </ul>	Definition	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.
	Hinweise	Prinzipiell ist der MMSE als standardisierter Test vorzuziehen; bei Nicht-Durchführbarkeit infolge Aphasie oder Ablehnung ist es jedoch sinnvoll, die nicht-standardisierte, qualitative ärztliche Einschätzung als Schätzung heranzuziehen.
	Format	Zahl [INTEGER, 1-stellig]
	Kodierung	0 Keine Einschränkung (örtlich, räumlich und zeitlich orientiert; keine offensichtlichen Gedächtniseinbußen) 1 leichte oder fragliche Einbußen in den genannten Qualitäten 2 mittel- bis schwerergradige, eindeutige Einbußen
	Angabe fehlt oder entfällt	8 entfällt (z.B. MMSE liegt vor) 9 Orientierung und Gedächtnis nicht beurteilbar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Timed „Up &amp; Go“</b></li> <li>• <b>bei Aufnahme</b></li> <li>• <b>bei Entlassung</b></li> </ul>	Definition	Ergebnis des „Timed Up & Go“ nach Podsiadlo & Richardson (1991) in der Übersetzung und Anleitung von: AGAST (Hrsg.), Geriatrisches Basisassessment, MMV Medizin Verlag, 1995  „bei Aufnahme“ = zwischen dem 2. und 5. Behandlungstag „bei Entlassung“ = in der letzten Behandlungswoche
	Hinweise	Dokumentiert wird nur das Ergebnis des Tests in Sekunden; der verwendete Stuhl <u>muß</u> Armlehnen haben; Pat. dürfen Hilfsmittel (z.B. Gehstock, Rollator) verwenden; eine Stoppuhr ist nicht zwingend erforderlich; nach 300 Sekunden ist der Test abzubrechen.  <b>WICHTIG: Wenn ein Patient nicht gehen kann, dann MUSS als Testwert '997' angegeben werden ! Dieses ist eine <u>wichtige Information</u> und muß unterschieden werden von anderen Gründen für fehlende Werte (s.u.) !</b>
	Format	Zahl [INTEGER, 3-stellig]
	Kodierung	001-299 Vom Pat. benötigte Zeit in Sekunden 300 Test bei 300 sec abgebrochen 997 Pat. kann nicht gehen, auch nicht mit Hilfsmitteln
Angabe entfällt oder fehlt	998 Test entfällt aus anderen med. Gründen („bei Entlassung“ auch: Pat. verstorben) 999 Test abgelehnt	

Zusatzangaben		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Kommentar</b></li> </ul>	Hinweise	<p>Ab der Gemidas-Version 2.0 kann zu jedem Behandlungsfall ein <u>ausführlicher Kommentar</u> (Memo-Feld, bis 64KBbyte Text) abgelegt werden.</p> <p>Diese Möglichkeit sollte insbesondere bei den Fällen, die nicht eindeutig in das vorgegebene Kodierschema passen, sowie bei denen, wo gezielt von den Vorgaben abgewichen wurde, genutzt werden.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Selbstdefinierte Felder</b></li> </ul>	Hinweise	<p>Ab der Gemidas-Version 2.0 können <u>beliebig viele zusätzliche Datenfelder</u> definiert werden, zu denen jeweils ein Wertepaar (unter der Annahme, daß die Kombination „bei Aufnahme / bei Entlassung“ besonders häufig ist) erfaßt wird. Diese Datenfelder können institutionsspezifisch den Erfordernissen angepaßt werden und werden auch an die Zentrale transferiert, sodaß nach Absprache ggfs. diese Felder auch in die entsprechenden Statistiken einbezogen werden können.</p> <p>Beschränkungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erlaubte Datenformate der selbstdefinierten Felder sind:  <u>Datum/Zeit</u> [mit allen Anzeigeformaten]  <u>Fließkommazahl</u> [mit allen Anzeigeformaten]  <u>Ganzzahl</u> [mit allen Anzeigeformaten]  <u>Text</u> [max. 255 Zeichen; mit allen Anzeigeformaten]</li> <li>Die selbstdefinierten Felder können nur als Wertepaar (nicht als Einzelwerte) angezeigt werden; wird nur ein Wert für ein selbstdefiniertes Feld benötigt, so ist der andere Wert frei zu lassen (BLANK).</li> </ul>

### C - 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-Clist 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.



# Geriatrisches Minimum Data Set (Gemidas)

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Ersterhebungsbogen (voll- oder teilstationärer Aufenthalt)

## A - Krankenhausinternes Patientenidentifikationsblatt

Vertraulich; nur zur internen Verwendung<sup>1</sup>

<b>Patient</b>	
Fallnummer <sup>2</sup>	Personenkennzeichen <input type="text"/>
Aufnahmenummer <sup>2</sup>	Kennzeichen des Behandlungsfalls <input type="text"/>
Nachname (optional) <sup>3</sup>	* <sup>4</sup> <input type="text"/>
Vorname (optional) <sup>3</sup>	* <input type="text"/>
Geburtsdatum <sup>5</sup> (Tag, Monat optional)	Tag.Monat.Jahr (tt.mm.jjjj) <input type="text"/>
Geschlecht	w = weiblich / m = männlich <input type="text"/>
Wohnort <sup>6</sup> (letzte 3 Ziffern optional)	Postleitzahl (WICHTIG: führende Nullen mitkodieren !) <input type="text"/>
Alleinlebend	0 = nein / 1 = ja / 8 = trifft nicht zu (Heim o.ä.) / 9 = keine Angabe (Lebenssituation unbekannt) <input type="text"/>

### Kodierhinweise:

Im Folgenden wird einheitlich 9998, 998, 98 oder 8 (je nach Feldgröße) verwendet zum Verschlüsseln von logischen Missings im Sinne von 'Trifft nicht zu (tnz)' bzw. von 'Entfällt (entf)'; die Codes 9999, 999, 99 oder 9 dienen zum Verschlüsseln von sporadischen Missings im Sinne von 'Weiß nicht (wn)' bzw. von 'keine Angabe/keine Antwort (kA)' für den Fall, daß der Versuch gemacht wurde, die entsprechenden Daten zu gewinnen. Bei unklarem Fehlen von Angaben, die prinzipiell vorhanden sein müßten (technische Missings), sollten die Datenfelder bis zur definitiven Klärung leer bleiben ('BLANK').

Dieses Kodierverfahren kann auch überall dort, wo es nicht explizit aufgeführt wird, verwendet werden - mit Ausnahme von Datumsfeldern, die prinzipiell nur ein korrektes Datum oder nichts enthalten können. Wenn allerdings die Jahreszahl bekannt ist sollte für einen unbekanntem Tag der 15. und für einen unbekanntem Monat der Juni (06) eingesetzt werden.

Weitere Kodierhinweise: siehe Manual.

Datum

Name (leserlich, für Rückfragen), Handzeichen

<sup>1</sup> Wenn aus Datenschutzgründen erforderlich (zB bei Verwendung des Pat.-Namens), kann diese Seite nach erfolgter Datenerfassung von den folgenden beiden Seiten abgetrennt und vernichtet werden. Für diesen Fall muß aber die Aufnahmenummer (oder ein äquivalentes Dummy-Kennzeichen) in die Kopfzeile der beiden folgenden Seiten eingetragen werden, um die Datenzuordnung eindeutig zu halten.

<sup>2</sup> Kann freigelassen werden; dann wird bei der Dateneingabe ein Gemidas-internes Kennzeichen generiert (vgl. jedoch Fußnote 1).

<sup>3</sup> Name und Vorname werden (bei Verwendung) nur in der lokalen, krankenhausinternen Datenbank gespeichert und NICHT in die zentrale Datenbank übermittelt.

<sup>4</sup> Das Symbol '\*' kennzeichnet optionale Datenfelder; das Symbol '°' findet sich vor bedingten Datenfeldern, alle übrigen sind MUSS-Felder.

<sup>5</sup> Das vollständige Geburtsdatum wird nur in der lokalen, krankenhausinternen Datenbank gespeichert. An die zentrale Datenbank wird ausschließlich das Geburtsjahr übermittelt. Sollen Tag und Monat auch lokal nicht gespeichert werden, dann mit '01.01.JJJJ' kodieren, wobei 'JJJJ' für das Geburtsjahr steht !

<sup>6</sup> Die vollständige Postleitzahl wird nur in der lokalen, krankenhausinternen Datenbank gespeichert. An die zentrale Datenbank werden ausschließlich die ersten beiden Ziffern zur Kennzeichnung des Postzustellbezirkes übermittelt. Soll die PLZ auch lokal nicht vollständig gespeichert werden, dann mit 'pp000' kodieren, wobei 'pp' für die beiden ersten Ziffern der 'echten' PLZ des Patienten-Wohnortes stehen.

<sup>7</sup> Das Symbol '🔔' kennzeichnet Felder, bei denen vor oder nach Eingabe ein akustisches Signal ausgelöst wird (falls Beeper-Funktion aktiviert); dadurch besteht die Möglichkeit, bei der Dateneingabe seltener auf den Bildschirm sehen zu müssen.

Behandlungsdaten:

Aufn.-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | |

Aufnahme

Aufnahmedatum: Tag der Aufnahme (Datum, tt.mm.jjjj)

AufnDatum | | | | . | | | | . | | | |

Grund (Hauptdiagnose) Klartext:

Diagnose | | | | | | | | | | | | | | | |

ICD-10-Code

ICD | | | | . | | | | | | | |

Letztes Akutereignis (Datum, tt.mm.jjjj)

° Datum LAE | | | | . | | | | . | | | | | | | |

Woher: 01 = Privatwohnung:

Woher | | | |

mit Hilfe: 0 = nein / 1 = prof. / 2 = fam. / 3 = prof.+fam.

° m. Hilfe (wenn v. Priv.) | | | |

02 = Krankenhaus (vollstat.) / 03 = Krankenhaus (teilstat.)

a) aktuell seit wann in kontinuierlicher KH-Behandlung (Datum)

° KH akt. seit | | | | . | | | | . | | | | | | | |

b) wo davor: 01 = Privatwohnung

° Wo vor KH | | | |

mit Hilfe: 0=nein / 1=prof. / 2=fam. / 3=prof.+fam.

° m. Hilfe (wenn vor KH in PrivWhg.) | | | |

04 = Pflegeeinrichtung / 09 = Sonstiges

04 = Pflegeeinrichtung / 09 = Sonstiges, was \* | | | | | | | | | | | | | | | |

Entlassung

Entlassungsdatum: Datum Entlassung / Verlegung / verstorben

EntlDatum | | | | . | | | | . | | | | | | | |

Wohin: 01 = Privatwohnung:

Wohin | | | |

mit Hilfe: 0 = nein / 1 = prof. / 2 = fam. / 3 = prof.+fam.

° m. Hilfe (wenn n. Priv.) | | | |

02 = Krankenhaus (vollstat.) / 03 = Krankenhaus (teilstat.)

04 = Pflegeeinrichtung / 05 = verstorben

09 = Sonstiges, was ° | | | | | | | | | | | | | | | |

ggfs. Grund für Änderung:

(wenn 'Wohin' anders als 'Woher' bzw. 'Wo vor KH') ° | | | | | | | | | | | | | | | |

Behandlung

Art: 01 = vollstationär

Beh.Art | | | |

Unterbrechung: 0 = nein

° Unterbrechung vollstat. | | | |

1 = ja, für Anz. Tage gesamt:

° AnzTage unterbrochen | | | | | | | |

aufgrund von: ° Grund | | | | | | | | | | | | | | | |

02 = teilstationär

Behandlungstage gesamt

° Behandlungstage teilstat. | | | | | | | |

03 = sonstiges

04 = ambulant

Ergebnis:

Reha-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

Obj. | | |

Reha-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

Subj. | | |

ICIDH-Klassifikation (optional):

Schädigung (Impairment) Haupt - S-Code

\* ICIDH-S | | | | . | | | |

Fähigkeitsstörung (Disability) Haupt - F-Code

\* ICIDH-F | | | | . | | | |

Beeinträchtigung (Handicap) Haupt - B-Code / Score

\* ICIDH-B | | | / | | |

Begleit-/Nebendiagnosen (alle im Verlauf behandlungsrelevanten Erkrankungen):

Kodierung: Nebendiagnose vorhanden? 0 = nein, 1 = ja, nicht schwer, 2 = ja, schwer, 8 = nicht beurteilbar, 9 = keine Angabe

KHK, Ang. pect., Z.n. MI | | |

Parkinson-Syndrom | | |

Niereninsuffizienz | | |

Komplikation im Verlauf | | |

Herzinsuffizienz | | |

Demenz | | |

Lungenkrankheit (COLE) | | |

Dekubitus bei Entlassung | | |

pAVK | | |

Depression | | |

Karzinom | | |

PEG bei Entlassung | | |

Cox-, Gon-, Omarthrose | | |

Diabetes mellitus | | |

Seh-/Hörminderung | | |

Magensonde b. Entlassg. | | |

Osteoporose | | |

Z.n. OS/US-Amputation | | |

Blasenkatheter b. Entl. | | |

Weitere Begleitdiagnosen im Klartext

ICD-10-Code

			.															
			.															
			.															

\_\_\_\_\_

**Barthel-Index bei Aufnahme / bei Entlassung** (Kodierung nach AGAST, 1995; s. Anhang): Aufn.-Nr.: \_\_\_\_\_

		bei Aufnahme	bei Entlassung
<b>Essen</b>	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Bett-/Rollstuhltransfer</b>	15 = selbst. / 10 = geringe / 05 = erheb. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Waschen</b>	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Toilettenbenutzung</b>	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Baden</b>	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Gehen bzw Rollstuhlfahren</b>	15 = selbst. 50m / 10 = m. Hilfe 50m / 05 = selbst. Rollstuhl / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Treppensteigen</b>	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>An- / Auskleiden</b>	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	_ _	_ _
<b>Stuhlkontrolle</b>	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent	_ _	_ _
<b>Urinkontrolle</b>	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent	_ _	_ _
<b>Beurteilung erfolgte durch:</b>	01=Pflegekraft, 02=Arzt, 03=Therapeut, 04=Team, 05=Andere, 98=entf., 99=kA	_ _	_ _

**PPR:** 1-3 = Stufe A/S1-3 / 8 = entfällt (entf.) / 9 = keine Angabe (kA)

<b>Stufe A (bei Aufnahme)</b>	_  A1  _  A2  _  A3 /  _  entf  _  kA	1 / 2 / 3 / 8 / 9  _
<i>Stufe S (b. Aufn.; optional)</i>	_  S1  _  S2  _  S3 /  _  entf  _  kA	*  _
<b>Stufe A (bei Entlassung)</b>	_  A1  _  A2  _  A3 /  _  entf  _  kA	_
<i>Stufe S (b. Entl.; optional)</i>	_  S1  _  S2  _  S3 /  _  entf  _  kA	*  _

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

Rollstuhl	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	0 / 1 / 8 / 9  _
Rollator, Deltarad	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	_
Gehstock/-stütze	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	_
Badebrett	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	_
Toilettensitzerhöhung	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	_
Badelifter	_  nein  _  ja /  _  entf  _  kA	_
Sonstige:	*   -----	
	-----	
	-----	

**Funktionelle Tests:**

<b>MMSE b. Aufnahme</b>	Score (0 bis 30 Punkte)	
	98 = nicht durchführbar (z.B. Aphasie) / 99 = abgelehnt o.ä. (kA)	_ _
Orientierung, Gedächtnis (opt.)	Ärztl. Einschätzung bei Aufnahme (z.B. nach LACHS et al.), optional	
	Einschränkung: 0 = keine / 1 = fragl. od. leicht / 2 = eindeutig, mittel- bis schwergradig	*  _
<b>Timed "Up &amp; Go" b. Aufn.</b>	in Sekunden (1--299): 300 = bei 300s abgebrochen / <u>997 = kann nicht gehen</u> /	
	998 = nicht durchführbar (andere med. Gründe) / 999 = abgelehnt (kA)	_ _ _
<b>Timed "Up &amp; Go" b. Entl.</b>	in Sekunden (1--299): 300 = bei 300s abgebrochen / <u>997 = kann nicht gehen</u> /	
	998 = nicht durchführbar (andere med. Gründe) / 999 = abgelehnt o.ä. (kA)	_ _ _

**Kommentar** \* |-----|

(z.B. Verwendung der vereinfachten \* |-----|

Schulnotenskala, Aphasie u.ä. Hinweise) \* |-----|

\* |-----|

\* |-----|

**GEMIDAS - Nacherhebungsbogen (6 Monate nach Entlassung)**

<i>Patientenidentifikation</i>		
<b>Fallnummer</b>	Personenkennzeichen	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Aufnahmenummer</b>	Kennzeichen des Behandlungsfalls	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Nachname</b>		.....
<b>Vorname</b>		.....
<b>Geburtsdatum</b>	Tag.Monat.Jahr	_ _ _ _ . _ _ _ _ _ .
<b>Geschlecht</b>	w=weiblich, m=männlich	_
<b>Wohnort</b>	Postleitzahl	_ _ _ _ _ _ _

<i>Gesprächspartner</i>		
<b>Gespräch geführt mit</b>	1=Patient(in) 2=Ehe-/Lebenspartner 3=Kinder/sonstige Angehörige 4=Hausarzt 5=Professionelle Pflegekräfte (1-8)  _  6=Nachbarn 7=Betreuer 8=sonstige,                    wer ? .....	
<b>am (Datum)</b>	Tag.Monat.Jahr	_ _ _ _ . _ _ _ _ _ .
<b>kein Follow up weil</b>	1= Erhebung abgelehnt 2= Erhebung durchgeführt (1-4)  _  3= nicht angetroffen bei mehreren Kontaktversuchen 4= Exitus, verstorben am (Tag.Monat.Jahr)  _ _ _ _ _ . _ _ _ _ _ .  Todesursache ? .....	

<i>Wohnsituation</i>		
<b>Aktueller Aufenthalt</b>	1=eigene Wohnung (1-7)  _  2=bei Angehörigen 3=Pflegeeinrichtung 4=Krankenhaus vollstationär / o.n.A. 5=Krankenhaus teilstationär 6=entfällt (verstorben) 7=sonstiges .....	
<b>Grund für Änderung</b>	1=überwiegend medizinische Gründe (1-4)  _  2=überwiegend soziale Gründe 3=entfällt 4=weiß nicht	
<b>Wann Aufenthaltsort geändert</b>	Anzahl Monate nach Entlassung	_ _ _

<b>Interkurrente gesundheitliche Ereignisse</b>		
<b>Sind in den letzten sechs Monaten neue Krankheiten aufgetreten ?</b>	1 = Ja 2 = Nein      8 = Weiß nicht, 9 = kA	(1,2,8,9) <input type="checkbox"/>
<b>Waren Sie seit Ihrer Entlassung im Krankenhaus ?</b>	1 = Ja, 3 = wegen alter Erkrankung 4 = wegen neuer Erkrankung 2 = Nein      8 = Weiß nicht, 9 = kA	(1-4,8,9) <input type="checkbox"/>
<b>Diagnosen</b>	01 = Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
	02 = Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
	04 = Knochenbruch	<input type="checkbox"/>
	08 = Schwerer Infekt	<input type="checkbox"/>
	16 = Sturz	<input type="checkbox"/>
	98 = Weiß nicht	.....Summe (1-31;98,99) <input type="checkbox"/>
	99 = Entfällt/KA	
	sonstiges	.....

<b>Interkurrente Rehabilitation</b>		
<b>Wurden seit Ihrer Entlassung ambulante Therapien durchgeführt ?</b>		
<b>Krankengymnastik</b>	1=Ja, 2=Nein, 8=Weiß nicht kontinuierlich ? 1=Ja, 2=Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ergotherapie</b>	1=Ja, 2=Nein, 8=Weiß nicht kontinuierlich ? 1=Ja, 2=Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Logopädie</b>	1=Ja, 2=Nein, 8=Weiß nicht kontinuierlich ? 1=Ja, 2=Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Physiotherapie</b>	1=Ja, 2=Nein, 8=Weiß nicht kontinuierlich ? 1=Ja, 2=Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Kodierhinweis:**

logische missings: 997, 97, 7 (bei „trifft nicht zu“, „entfällt“)  
spontane missings: 998, 98, 8 (bei „weiß nicht“)  
technische missings: 999, 99, 9 (bei „keine Antwort/Angabe“)

**Häusliche Hilfe/Pflege**

<b>Bekommen Sie derzeit regelmäßig Hilfe?</b>	1=Ja, 2=Nein, 8=Weiß nicht	<input type="text"/>
Ja --> <b>von wem ?</b>	1 = nur professionelle Hilfe 2 = nur familiäre Hilfe/Freunde, Nachb. 3 = professionelle und familiäre Hilfe 8 = Weiß nicht	<input type="text"/>
<b>wie oft ?</b>	1 = einmal täglich 2 = mehrmals täglich 3 = mehrmals täglich, auch nachts 4 = ein bis mehrmals wöchentlich 5 = weniger als einmal pro woche 8 = Weiß nicht	<input type="text"/>

**Pflegeversicherung**

<b>Erhalten Sie derzeit Leistungen aus der Pflegeversicherung ?</b>	Nein, 1 = nicht beantragt 2 = Antrag nicht entschieden 3 = Antrag abgelehnt  Ja, 4 = Pflegestufe 1 5 = Pflegestufe 2 6 = Pflegestufe 3  8 = Weiß nicht	<input type="text"/>
---	--	----------------------

## Kodierhinweis:

- logische missings: 997, 97, 7 (bei „trifft nicht zu“, „entfällt“)  
spontane missings: 998, 98, 8 (bei „weiß nicht“)  
technische missings: 999, 99, 9 (bei „keine Antwort/Angabe“)

**Hilfsmittelversorgung**

<b>Welche Hilfsmittel benutzen Sie derzeit</b>		001=Keine		Vor Entl.?
<b>regelmäßig ?</b>	002=Rollstuhl	_ _ _	_ _ _	( )
	004=Rollator, Deltarad	_ _ _	_ _ _	( )
	008=Gehstock, Gehstütze	_ _ _	_ _ _	( )
	016=Badebrett	_ _ _	_ _ _	( )
	032=Toilettensitzerhöhung	_ _ _	_ _ _	( )
	064=Badelifter	_ _ _	_ _ _	( )
	128=Toilettenstuhl	_ _ _	_ _ _	( )
	256=Pflegebett	_ _ _	_ _ _	( )
		<b>Summe</b>	.....	_ _ _
	998=Weiß Nicht			
	sonstiges	.....		
<hr/>				
<b>Welche dieser Hilfsmittel wurden in den letzten sechs Monaten zusätzlich erforderlich ?</b>		001=Keine		
	002=Rollstuhl	_ _ _	_ _ _	
	004=Rollator, Deltarad	_ _ _	_ _ _	
	008=Gehstock, Gehstütze	_ _ _	_ _ _	
	016=Badebrett	_ _ _	_ _ _	
	032=Toilettensitzerhöhung	_ _ _	_ _ _	
	064=Badelifter	_ _ _	_ _ _	
	128=Toilettenstuhl	_ _ _	_ _ _	
	256=Pflegebett	_ _ _	_ _ _	
	<b>Summe</b>	.....	_ _ _	
	998=Weiß Nicht			
	sonstiges	.....		

**Kodierhinweis:**

- logische missings: 997, 97, 7 (bei „trifft nicht zu“, „entfällt“)
- spontane missings: 998, 98, 8 (bei „weiß nicht“)
- technische missings: 999, 99, 9 (bei „keine Antwort/Angabe“)

<b>Selbsteinschätzung</b>		
<b>Wie beurteilen Sie im Rückblick den Erfolg der Behandlung in unserem Krankenhaus ?</b>	1=sehr gut 2=gut 3=befriedigend 4=ausreichend 5=mangelhaft 6=Entfällt 8=Weiß Nicht	<input type="text"/>
<b>Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zum Zeitpunkt der Entlassung ?</b>	1=besser 2=unverändert 3=schlechter 8=Weiß nicht	<input type="text"/>
<b>Wie zufrieden sind sie zur Zeit mit Ihrem Leben ?</b>	1=sehr gut (sehr zufrieden) 2=gut (zufrieden) 3=befriedigend (weder noch) 4=ausreichend (nicht sehr) 5=mangelhaft (unzufrieden) 6=Entfällt 8=Weiß Nicht	<input type="text"/>

<b>Barthel-Index</b>		
Essen	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Bett-/Rollstuhltransfer	15 = selbst. / 10 = geringe / 05 = erheb. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Waschen	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Toilettenbenutzung	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Baden	05 = selbst. / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Gehen / Rollstuhlfahren	15 = selbst. 50m / 10 = m. Hilfe 50m / 05 = selbst. Rollstuhl / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Treppensteigen	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
An-/Auskleiden	10 = selbst. / 05 = m. Unterstützung / 00 = hilfsbed.	<input type="text"/>
Stuhlkontrolle	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent	<input type="text"/>
UrinKontrolle	10 = kontinent / 05 = gelegentlich / 00 = permanent inkontinent	<input type="text"/>

**Kodierhinweis:**

logische missings: 997, 97, 7 (bei „trifft nicht zu“, „entfällt“)

spontane missings: 998, 98, 8 (bei „weiß nicht“)

technische missings: 999, 99, 9 (bei „keine Antwort/Angabe“)