



Ausfüllhinweise Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Stand: 30. April 2021 (QS-Spezifikation 2021 V07)
Copyright © 2021 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arzteinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
2	besonderer Personenkreis	-	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	-	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arzteinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit „ja“ zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p>

6	entlassender Standort	-	<p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
7	behandelnder Standort (OPS)	-	<p>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p> <p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
8	Betriebsstätten-Nummer	-	-
9	Fachabteilung	-	-
Patient			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	<p>Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.</p>
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.</p>
12	Aufnahmezeit Krankenhaus	Format: hh:mm	-
13	Aufnahmegrund	01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener	-

		vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme	
		§ 301-Vereinbarung	
14	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
15	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-

Präoperative Anamnese

16	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
17	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.
18	Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
19	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus. Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.
20	Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt	0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Code nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b „Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad.“

Auslösende OPS-Kodes

21	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes	-	Achtung: Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorgelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze.
----	----------------------------------	---	---

Zeile Bezeichnung

Allgemeiner Hinweis

siehe Anmerkung 1

Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Eingriff

22	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes können verschiedene dokumentationspflichtige operative Eingriffe (OPS =5-82) während eines Aufenthaltes unterschieden werden. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
23	zu operierende Seite	1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.

Präoperative Befunde

wenn Feld 31 KEINSIN OPS_TotalendoWec

24	Koxarthrose	0 = nein 1 = ja	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) (z.B. ICD 10 M16.-) festgestellt wurde.
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]“
26	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP. 2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. 3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der

aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.

4 = septische Eingriffe:

Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom.

(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)

Operation

27	Art des Eingriffs	<p>1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels</p>	<p><u>„endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“:</u> Im Teildatensatz „hüftgelenknahe Femurfraktur“ werden Fälle mit einer Schenkelhalsfraktur oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</p>
			<p><u>„elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“:</u> Im Teildatensatz „elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out, Pseudarthrose, posttraumatische Hüftkopfnekrosen oder einer verzögerten Frakturheilung nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</p>
			<p><u>„Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels“ bzw. „Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels“:</u> Im Teildatensatz „Wechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation im Teildatensatz "Wechsel" zu dokumentieren.</p>
28	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	<p>OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden. Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert</p>
29	Beginn des Eingriffs	Format: hh:mm	
30	Dauer des Eingriffs	<p>Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten</p>	
31	Prozedur(en)	-	<p>Alle OPS des durchgeführten Eingriffs sind gemäß den gültigen Kodierrichtlinien zu dokumentieren. In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig). Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnungen wird hinter dem Code und</p>

einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel.
 Beispiel: Für den OPS-Kode 5-820.00 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Hüft-Endoprothese ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-820.00:R, 5-820.00:L oder 5-820.00:B. Die Dokumentation des Kodes 5-820.00 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Anzahl der Eingriffe			
32	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
33	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
34	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert „ja“ ist ausschließlich anzugeben, wenn die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausesinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.
wenn Feld 34 = 1			
35	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	Format: TT.MM.JJJJ	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während des stationären Krankenhausaufenthaltes gestürzt ist.
36	Zeitpunkt der Fraktur	Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
37	Frakturlokalisation	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
wenn Feld 37 = 1			
38	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> • Garden I (Abduktionsfraktur) • Garden II (unverschoben) • Garden III (verschoben) • Garden IV (komplett verschoben)
39	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 39 = 1			
40.1	Vitamin-K-Antagonisten	1 = ja	-
40.2	Thrombozytenaggregationshemmer	1 = ja	-
40.3	DOAK/NOAK	1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
40.4	sonstige	1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter „sonstige“ zu dokumentieren.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)			

Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation**Anzahl der Eingriffe**

41	Wieviele elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
----	---	--	---

Präoperative Anamnese

42	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Osteosynthesen) an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
----	--	--------------------	---

wenn Feld 42 = 1

43	Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor	0 = nein 1 = ja	Wurde bereits vor der Endoprothesenimplantation eine Osteosynthese durchgeführt, die eine Pseudarthrose bzw. Cut out zur Folge hatte, bitte diese Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation bestätigen.
44	Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind hier die Knochennekrosen am Hüftgelenk nach vorangegangenem Trauma im Becken oder Oberschenkelbereich.
45	Schmerzen	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium „Schmerzen“ ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.

Präoperativer Bewegungsumfang

46	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?	0 = nein 1 = ja	Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad) <ul style="list-style-type: none"> 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung <p>Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/50° Beispiel für ein Streckdefizit: 0°/5°/140° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTRDokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>
----	--	--------------------	---

wenn Feld 46 = 1

47	Extension/Flexion 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 15 Grad	-
48	Extension/Flexion 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
49	Extension/Flexion 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
50	Ab-/Adduktion 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
51	Ab-/Adduktion 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
52	Ab-/Adduktion 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
53	Außen-/Innenrotation 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
54	Außen-/Innenrotation 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
55	Außen-/Innenrotation 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-

Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score

56	Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	-
57	Gelenkspalt	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert	-

		2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	
58	Sklerose	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	-
59	Deformierung	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	-

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

60	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
----	--	--------------------	--

wenn Feld 60 = 1

61	erosive Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkerstörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal Grad 1 = geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälernung Grad 2 = definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälernung nicht obligat Grad 3 = deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälernung sind vorhanden Grad 4 = schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5 = Mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich (Rau R, Wasssenberg S.: Scoringmethoden bei der rheumatoiden Arthritis. In: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (ed.). Bildgebende Verfahren in der Rheumatologie. Steinkopff 2007:27-46)
----	--	---	---

Atraumatische Femurkopfnekrose

62	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---

wenn Feld 62 = 1

63	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation	0 = Stadium 0 1 = Stadium I 2 = Stadium II 3 = Stadium III 4 = Stadium IV	<p>Stadium und Klinik, Pathologie, Bildgebung:</p> <p>Stadium 0: - Normalbefund im Röntgenbild, MRT und Szintigraphie - Nekrosezeichen in der Histologie</p> <p>Stadium I - normales Röntgenbild/CT - pathologischer MR- oder Szintigraphiefund - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkopfzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)</p> <p>Stadium II - im Röntgenbild Strukturveränderungen des Knochens ohne Konturveränderungen des Femurkopfes - normaler Gelenkspalt - Hüftkopfnekrose-spezifische MR-Befunde - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkopfzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)</p> <p>Stadium III - im Röntgenbild Knochenstrukturveränderungen mit subchondraler Fraktur in Form einer sichelförmigen</p>
----	---	---	---

Aufhellungszone ("crescent sign")
 - Kontur des Femurkopfes flacht sich ab
 - normal weiter Gelenkspalt
 - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral), Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) und Ausmaß der Kopfabflachung (< 2 mm, 2-4 mm, > 4 mm).

Stadium IV
 - Entwicklung einer Arthrosis deformans
 - Abflachung des Hüftkopfes
 - Gelenkspaltverschmälerung

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
-------	-------------	---------------------	-----------------

Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Anzahl der Eingriffe

64	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
----	--	--	---

Präoperative Anamnese

65	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium „Schmerzen“ ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
----	---	--	---

Erreger-/Infektionsnachweis

66	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffs / der Explantation anzugeben.
67	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.

Röntgendiagnostik/Klinische Befunde

68	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffs/der Explantation anzugeben.
----	--	--------------------	---

wenn Feld 68 = 1

69.1	Implantatbruch	1 = ja	Dies umfasst auch Keramikkopferbung.
69.2	Implantatabrieb/-verschleiß	1 = ja	-
69.3	Implantatfehlhllage der Pfanne	1 = ja	-
69.4	Implantatfehlhllage des Schafts	1 = ja	-
69.5	Lockerung der Pfannenkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
69.6	Lockerung der Schaftkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
69.7	periprothetische Fraktur	1 = ja	-
69.8	Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
69.9	Knochendefekt Pfanne	1 = ja	Zum „Knochendefekt“ zählen auch die „Osteolyse“ oder der „Substanzverlust“.
69.10	Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	1 = ja	Zum „Knochendefekt“ zählen auch die „Osteolyse“ oder der „Substanzverlust“.
69.11	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	1 = ja	-
69.12	periartikuläre Ossifikation	1 = ja	-

Zu dokumentieren sind nur die periartikulären Ossifikationen nach Brooker Grad 3 und 4.
Brooker-Klassifikation der heterotopen Knochenbildung:
Grad 0 = keine Ossifikation,
Grad 1 = eine oder zwei Knocheninseln in den Weichteilen von jeweils weniger als 1 cm Durchmesser,
Grad 2 = ausgedehntere Knocheninseln oder Knochenspannen vom Becken oder proximalen Femur, die weniger als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnehmen,
Grad 3 = Ossifikation, die mehr als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt,
Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur

[Vgl. Fransen, M., Neal, B.: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for preventing heterotopic bone formation after hip arthroplasty. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3; Stand 2009]

69.13 andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde 1 = ja

Zeile Bezeichnung Allgemeiner Hinweis Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Intra- und postoperativer Verlauf

70	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 70 = 1			
71.1	primäre Implantatfehlage	1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. die Perforation.
71.2	sekundäre Implantatdislokation	1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.
71.3	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
71.4	Nachblutung/Wundhämatom	1 = ja	-
71.5	Gefäßläsion	1 = ja	-
71.6	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 = ja	-
71.7	periprothetische Fraktur	1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen beispielsweise Frakturen, die infolge eines Sturzes oder die nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (entsprechend DIMDI ICD 10 M96.6) entstanden sind.
71.8	Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das behandlungsbedürftige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71.9	sekundäre Nekrose der Wundränder	1 = ja	Gemeint ist hier die behandlungsbedürftige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71.10		1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während

	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen		des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.
72	postoperative Wundinfektion	0 = nein 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS- Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 72 = 1			
73	Wundinfektionstiefe	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.

wenn Feld 70 = 1 oder wenn Feld 72 = 1

74	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.
----	--	--------------------	---

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Basis (B)**Basisdokumentation****Intra- und postoperativer Verlauf**

75	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
----	---	--------------------	---

wenn Feld 75 = 1

76.1	Pneumonie	1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance- System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de
------	-----------	--------	--

Infektionen der Unteren Atemwege**C 1 a - C 1 c Pneumonie****C 1 a Klinisch definierte Pneumonie**

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich
wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax
nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder
kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger
Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden
Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes
Infiltrat
- ▶ Verdichtung

- ▶ Kavernenbildung
- ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber $> 38^{\circ}\text{C}$
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens zwei der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de).

C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat
- ▶ Verdichtung
- ▶ Kavernenbildung
- ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber $> 38^{\circ}\text{C}$
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Erregernachweis im Blut
- ▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit
- ▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste
- ▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen
- ▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym
- ▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis

invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen

C 1 c Atypische Pneumonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat
- ▶ Verdichtung
- ▶ Kavernenbildung

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber > 38 °C
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde
- ▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien)
- ▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben
- ▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin

76.2 behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) 1 = ja

Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell).

Beispiele:

- Herzinfarkt
 - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
- Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose

76.3 tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose 1 = ja

76.4 Lungenembolie 1 = ja

Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose

76.5 katheterassoziierte Harnwegsinfektion 1 = ja

Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen):

- Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <http://www.nrz-hygiene.de>
- Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <http://www.rki.de>

Harnwegsinfektionen

D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion

muss dem folgenden Kriterium entsprechen:

▶ Mindestens eine Urinkultur ≥ 105 Kolonien/ml
 Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von
 Mikroorganismen

und Patient hat mindestens eines der
 folgenden Symptome:

- Fieber (> 38 °C)
- suprapubisches Spannungsgefühl (ohne
andere Ursache)
- Schmerzen oder Spannungsgefühl im
costovertebralen Winkel (ohne andere
Ursache)
- Harndrang (nur bei Patienten ohne
transurethralen Harnwegkatheter)
- erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten
ohne transurethralen Harnwegkatheter)
- Dysurie (nur bei Patienten ohne
transurethralen Harnweg-katheter)

D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis

muss dem folgenden Kriterium entsprechen:

▶ Mindestens eine Urinkultur mit ≥ 105 Kolonien/ml
 Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von
 Mikroorganismen

und Patient hat keine Symptome einer
 Harnwegsinfektion:

- kein Fieber
- kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder
andere Ursache hierfür)
- keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im
costovertebralen Winkel (oder andere
Ursache hierfür)
- kein Harndrang
- keine erhöhte Miktionsfrequenz
- keine Dysurie

und Nachweis mind. eines der in der
 Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer
 Blutkultur

D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe)

müssen eines der folgenden Kriterien erfüllen:

▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-
 kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder
 Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum
 Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen
 wurde/n

▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion
 während einer direkten Untersuchung, einer
 Operation oder durch histopathologische
 Untersuchung festgestellt

▶ Mindestens eines der folgenden Anzeichen:

- Fieber (> 38 °C)
- lokalisierter Schmerz oder
Berührungsempfindlichkeit der betreffenden
Stelle

und mindestens eines der folgenden
 Anzeichen:

- Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle
- Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage
kommenden Erregern im Blut und
radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B.
Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)

76.7	akute gastrointestinale Blutung	1 = ja	-
76.8	akute Niereninsuffizienz	1 = ja	-
wenn Feld 75 = 1			
76.9	Delir, akute delirante Symptomatik	1 = ja	-
wenn Feld 75 = 1			
76.10	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: <ul style="list-style-type: none"> • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
wenn Feld 76.9 = 1			
77	Demenz	0 = nein 1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren			
78	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	0 = nein 1 = ja	-
79	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	0 = nein 1 = ja	-
Postoperativer Bewegungsumfang			
80	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?	0 = nein 1 = ja	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Neutral-Null-Methode* 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel): Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)
wenn Feld 27 EINSIN (2) und wenn Feld 80 = 1			
81	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
82	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
83	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
Gefähigkeit bei Entlassung			

84	Gehstrecke bei Entlassung	1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
85	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
86	Treppensteigen bei Entlassung	1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.

Entlassung Krankenhaus

87	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufhalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.1.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
88	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
89	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
90	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

91 Versorgung bei Polytrauma

1 = ja

Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software
vorbelegt werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1 im Feld "teildatensatzsteuernde OPS- Kodes" (OPSchLUEAUsl) dokumentationspflichtige Kodes	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
	5-820.21	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
	5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-820.30	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
	5-820.31	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
	5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
	5-820.80	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
	5-820.81	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
	5-820.82	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
	5-820.92	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
	5-820.93	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
	5-820.95	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
	5-820.96	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-820.x0	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert
	5-820.x1	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert
	5-820.x2	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)
	5-821.10	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert
	5-821.11	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
	5-821.12	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
	5-821.13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
	5-821.14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-821.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
	5-821.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese
	5-821.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige
	5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
5-821.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.	
5-821.24		

- Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige
- 5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): Sonstige
- 5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige
- 5-821.f0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert
- 5-821.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f2

- Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.f3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige
- 5-821.g0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
- 5-821.g1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert
- 5-821.g2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.g3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.g4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.g5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.gx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige
- 5-821.j0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.j1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.j2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.jx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalsershaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: Sonstige
- 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Lange Schlüssel

Schlüssel 1

"Entlassungsgrund"

- 01 = Behandlung regulär beendet
- 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 07 = Tod
- 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt