



Ausfuellhinweise

Huftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Stand: 05. April 2022 (QS-Spezifikation 2022 V07)

Copyright © 2022 IQTIG

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	-	Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. 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.
4	Betriebsstätten-Nummer	-	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. 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. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	Fachabteilung	-	-
Patient			
6	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.

7	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	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 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022.
8	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	Format: hh:mm	-
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
10	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-

Präoperative Anamnese

11	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Osteosynthesen an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
12	vorbestehende 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.
13	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 13 = 1

14	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.
15	Zeitpunkt der Fraktur	Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
16	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-

wenn Feld 16 = 1

17	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)
18	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 18 = 1

19.1	Vitamin-K-Antagonisten	1 = ja	-
19.2	Thrombozytenaggregationshemmer	1 = ja	-
19.3	DOAK/NOAK	1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
19.4	sonstige	1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter „sonstige“ zu dokumentieren.

20	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.
21	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.
22	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.
23	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.
24	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 Kode nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b „Erfolgt Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad.“

Präoperative Befunde

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 Bauchortenaneurysma [...])“
----	------------------------------------	---	--

26	Wundkontaminationsklassifikation	<p>1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe</p>	<p>Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien</p> <p>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.</p> <p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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 nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>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)</p>
----	----------------------------------	---	--

Operation

27	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	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. Arzteinformationssystem (AIS) verwendet werden.
28	Beginn des Eingriffs	Format: hh:mm	Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert
29	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 10 Minuten Angabe ohne Warnung: 15 - 240 Minuten	-
30	Prozedur(en)	-	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) eingeführt. 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 Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel.

			Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.
31	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige	-

Intra- und postoperativer Verlauf

32	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 32 = 1

33.1	primäre Implantatfehlage	1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht.
33.2	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)
33.3	Nachblutung/Wundhämatom	1 = ja	-
33.4	Gefäßläsion	1 = ja	-
33.5	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 = ja	-
33.6	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 auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
33.7	Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das behandlungsbedürftige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
33.8	sekundäre Nekrose der Wundränder	1 = ja	Gemeint ist hier die behandlungsbedürftige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
33.9	sonstige spezifische 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.
34	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 34 = 1

35	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 Faszien- 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 32 = 1 oder wenn Feld 34 = 1

36	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
37	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 37 = 1			
38.1	Pneumonie	1 = ja	<p>Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de <p>Infektionen der Unteren Atemwege</p> <p>C 1 a - C 1 c Pneumonie</p> <p>C 1 a Klinisch definierte Pneumonie</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre <p>und mindestens <u>zwei</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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) <p>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).</p> <p>C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr

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:

- ▶ 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
38.2	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
38.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
38.4	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
38.5	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 <u>eines</u> der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen:

			<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (> 38 °C) • lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle <p style="text-align: center;">und mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
38.6	Schlaganfall	1 = ja	-
38.7	akute gastrointestinale Blutung	1 = ja	-
38.8	akute Niereninsuffizienz	1 = ja	-
38.9	Delir, akute delirante Symptomatik	1 = ja	-
38.10	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	<p>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.</p> <p>Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:</p> <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 38.9 = 1			
39	Demenz	0 = nein 1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren			
40	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	0 = nein 1 = ja	-
41	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	0 = nein 1 = ja	-
Gehfähigkeit bei Entlassung			
42	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.
43	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
44	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

45	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.</p> <p>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.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022</p>
46	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
47	Entlassungsdiagnose(n)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- 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 2023 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.</p>
48	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
49	Versorgung bei Polytrauma	1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

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 BPfIV 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 BPfIV 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

30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege