





Ausfüllhinweise Modul 17/1: Hüftgelenknahe Femurfraktur¹ (ohne subtrochantäre Fraktur)

¹Alle isolierten Schenkelhals-Frakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die osteosynthetisch oder endoprothetisch versorgt werden

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|--|------------|--|--|
| 1 | Institutionskennzeichen | IKNr | | Das IK wird bei der Datenübermittlung zwischen den Gesetzl. Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet. Die IK werden durch die Sammel- und Vergabestelle IK in St. Augustin vergeben und gepflegt. Bitte das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK verwenden. |
| 1,1 | Betriebsstätten-Nummer | | | Dieses Datenfeld dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung (immer „1“) kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. |
| 2 | Fachabteilung | Fachabt | § 301-Vereinbarung | |
| 3 | Identifikationsnummer des Patienten | | | Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt. |
| 4 | Geburtsdatum | | | Hier muss das Geburtsjahr als vierstellige Zahl angegeben werden (JJJJ). |
| 5 | Geschlecht | Geschlecht | 1 = männlich 2 = weiblich | |
| 6 | Aufnahmedatum Krankenhaus | | | Datum der Aufnahme ins Krankenhaus |
| 7 | Aufnahmedatum Abteilung | | | |
| 8 | Aufnahmediagnose(n) ICD-10 | ICD10 | | |
| 8,1 | Aufnahmediagnose(n) ICD-10-Version | ICDVersion | | |
| 9 | zu operierende Seite | ZuOpSeite | 1 = rechts 2 = links | |
| 10 | Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC) | praeCDC | 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe | <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. <i>elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</i></p> <p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <p>- z. B. <i>Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der</i></p> |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|--|--------------|--|---|
| | | | | <p><i>Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen.</i></p> <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 nichteitrige Entzündung vorhanden ist. <i>- z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung</i></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. <i>OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom.</i></p> <p><i>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</i></p> |
| 11 | Frakturlokalisation | LokalFraktur | 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 4 = sonstige | |
| 12 | Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden | FemurGarden | 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben | Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> Garden I (Abduktionsfraktur)  |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|---------------------------|-----------|--------------------|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1442 272 1733 296">• Garden II (unverschoben) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <li data-bbox="1442 560 1715 584">• Garden III (verschoben) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <li data-bbox="1442 916 1805 940">• Garden IV (komplett verschoben) <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> |
| 13 | vorbestehende Koxarthrose | JN | 1 = ja 0 = nein | „Ja“ soll angegeben werden, wenn nach dem modifizierten Kellgren und Lawrence-Score (siehe Leistungsbereich TEP bei Koxarthrose, Datenfelder 22 bis 25) mindestens in einem Feld nicht 0 angegeben wird. |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|--|--------------|--|---|
| 14 | Einstufung nach ASA-Klassifikation | ASA | 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient | Risikoklassifikation ASA = American Society of Anesthesiologists |
| 15 | OP nach Aufnahme innerhalb von | OPnachAuf | 1 = < 24 Stunden 2 = 24 - 48 Stunden 3 = > 48 Stunden | Zeit nach Aufnahme in das Krankenhaus |
| 16 | OP-Datum | | | |
| 17 | OP | OP | 1 = primäre Operation 2 = operativ nach konservativ | |
| 18 | Operation OPS-301 | OPS301 | | |
| 18,1 | OPS-301-Version | OPSVersion | 1 = OPS-301 Version 1.1 2 = OPS-301 Version 2.0 3 = OPS-301 Version 2.1 4 = OPS-301 Version 2004 | |
| 19 | Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit) | | | |
| 20 | perioperative Antibiotikaprophylaxe | PeriopAntibi | 0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter | Altersunabhängig ist hier die Angabe zur Antibiotikaprophylaxe anzugeben. |
| 21 | medikamentöse Thromboseprophylaxe | JN | 1 = ja 0 = nein | |
| 22 | Operationsverfahren | OPVerfahren | 1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z. B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 4 = TEP 5 = monopolare Femurkopfprothese (Hemiprothese) 6 = Duokopfprothese (Hemiprothese) 7 = Sonstige | |
| 23 | Wurde der Schaft zementiert? | JN | 1 = ja 0 = nein | Angabe zur Prothesenverankerung (Schaftkomponente). Wenn die Angabe zur Schafzementierung mit 1 = Ja beantwortet worden ist, sind mindestens folgende Abfragen zu beantworten: <ul style="list-style-type: none"> • Vakuummischtechnik • Druckreinigung des Markraums • Verwendung eines Markraumsperrers |
| 24 | Vakuumzementmischtechnik | Jleer | 1 = ja | |
| 25 | Druckreinigung des Markraums | Jleer | 1 = ja | |
| 26 | Markraumsperrer | Jleer | 1 = ja | |
| 27 | Knochen transplantation | JN | 1 = ja 0 = nein | |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|--|-----------|--------------------|--|
| 28 | Osteosynthese | JN | 1 = ja 0 = nein | Wenn Operationsverfahren = TEP, monopolare Femurkopfprothese, Duokopfprothese oder Sonstige (Item 22 Auswahl: 4, 5, 6 oder 7), soll hier angegeben werden, ob eine zusätzliche Osteosynthese durchgeführt worden ist. |
| 29 | Bluttransfusion | JN | 1 = ja 0 = nein | Gabe von Erythrozytenpräparaten intraoperativ bzw. während des gesamten postoperativen Verlaufs im Zusammenhang mit dem dokumentierten Eingriff |
| 30 | Fremdblut | Jleer | 1 = ja | Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 29). |
| 31 | Anzahl der Transfusionseinheiten | | | Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 29). |
| 32 | Verwendung eines Cell-Savers | JN | 1 = ja 0 = nein | „Blutrückgewinnung, -aufbereitung und Retransfusion mit dem Retransfusionssystem während der Operation oder postoperativ“ |
| 33 | postoperatives Röntgenbild a/p | JN | 1 = ja 0 = nein | Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung. |
| 34 | postoperatives Röntgenbild axial | JN | 1 = ja 0 = nein | Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung. |
| 35 | behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en) | JN | 1 = ja 0 = nein | Angabe zu chirurgischen (eingriffsbezogenen) Komplikationen. Wenn die Angabe mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 35) ist mindestens eine der folgenden Angaben zu dokumentieren (Items 36 - 43): <ul style="list-style-type: none"> • Implantatfehlage • Implantatdislokation • Implantatbruch • Endoprothesenluxation • Wundhämatom/Nachblutung • Gefäßläsion • Nervenschaden • Fraktur |
| 36 | Implantatfehlage | Jleer | 1 = ja | |
| 37 | Implantatdislokation | Jleer | 1 = ja | |
| 38 | Implantatbruch | Jleer | 1 = ja | |
| 39 | Endoprothesenluxation | Jleer | 1 = ja | Dokumentiert werden soll hier jede Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss |
| 40 | Wundhämatom/Nachblutung | Jleer | 1 = ja | Hier ist 1 =„ja“ anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/ Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion, Bluttransfusion). |
| 41 | Gefäßläsion | Jleer | 1 = ja | |
| 42 | Nervenschaden | Jleer | 1 = ja | Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist. |
| 43 | Fraktur | Jleer | 1 = ja | |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|---|-----------|--|--|
| 44 | Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich | JN | 1 = ja 0 = nein | Reinterventionen sind ungeplante Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms |
| 45 | postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) | JN | 1 = ja 0 = nein | |
| 46 | CDC-Klassifikation | postCDC | 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe) | <p>Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit 1 = Ja beantwortet worden ist.</p> <p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision. 3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision. 3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|---|-----------|--------------------|--|
| | | | | <p>betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Hinweis: CDC A3 bezieht sich auf das betroffene Gelenk bzw. das Implantat</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat. 2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. 3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>¹ Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p> |
| 47 | allgemeine postoperative Komplikation(en) | JN | 1 = ja 0 = nein | Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen. |
| 48 | Pneumonie | Jleer | 1 = ja | <p>Pneumoniekriterien nach CDC</p> <p>Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|---|------------------|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten. Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben. <p>Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p> |
| 49 | kardiovaskuläre Komplikation(en) | Jleer | 1 = ja | Komplikationen des Herzen oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell) |
| 50 | tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose | Jleer | 1 = ja | Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose |
| 51 | Lungenembolie | Jleer | 1 = ja | Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose |
| 52 | Sonstige | Jleer | 1 = ja | |
| 53 | Stabilität der osteosynthetischen Versorgung | StabilOsteosynth | 1 = übnungsstabil 2 = teilbelastungsstabil (10-20 kg) 3 = vollbelastungsstabil | |
| 54 | Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite) | JN | 1 = ja 0 = nein | <p>Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad)</p> <ol style="list-style-type: none"> Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung <p>Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion 20°/0°/130°</p> <p>* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller (2000/01), Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p> |
| 55,1 | Extension/Flexion 1 | | | siehe Zeile 54 Hinweis: Eine Überprüfung des Bewegungsausmaßes sollte 20/0/130 nicht wesentlich überschreiten |
| 55,2 | Extension/Flexion 2 | | | |
| 55,3 | Extension/Flexion 3 | | | |
| 56 | Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen) | JN | 1 = ja 0 = nein | |
| 57 | operationsbedingt | Jleer | 1 = ja | |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|---|------------|---|---|
| 58 | selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen) | JN | 1 = ja 0 = nein | |
| 59 | operationsbedingt | Jleer | 1 = ja | |
| 60 | selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich | JN | 1 = ja 0 = nein | |
| 61 | operationsbedingt | Jleer | 1 = ja | |
| 62 | Entlassungsdatum Krankenhaus | | | Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus |
| 63 | Entlassungsdiagnose(n) ICD-10 | ICD10 | | Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Modul der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. |
| 63,1 | Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version | ICDVersion | 0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000 3 = ICD-10-GM Version 2004 | |
| 64 | Entlassungsgrund | EntlGrund | § 301-Vereinbarung | Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 64), sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrundeliegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 65, 66). Der Entlassungsgrund 9 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) ist auch dann anzugeben, wenn der Patient zwischenzeitlich kurzfristig nach Hause entlassen wird und seine Rehabilitationsmaßnahme von dort aus antritt. |
| 65 | Tod im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Erkrankung | JN | 1 = ja 0 = nein | Hier ist „ja“ anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette die dokumentierte Leistung aufgeführt ist. |
| 66 | Sektion erfolgt | JN | 1 = ja 0 = nein | Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 64). |

Ausfüllhinweise Modul 17/1: Teildatensatz Pflege: Dekubitusprophylaxe

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise |
|-------|--|---------------|---|---|
| 1 | Lagen bei Aufnahme ein oder mehrere Dekubitalulzera vor? | JN | 0 = nein 1 = ja | Hier ist ein ja anzugeben, wenn bei der Aufnahme in die behandelnde chirurgische / orthopädische / unfallchirurgische Abteilung bereits ein oder mehrere Dekubitalulzera vorliegen. |
| 2 | Anzahl der Dekubitalulzera | | | Hier ist die <u>genaue</u> Anzahl der Dekubitalulzera einzutragen. |
| 3 | Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus | DekubitusGrad | 1 = Grad 1: Rötung (nicht wegdrückbar) bei intakter Haut 2 = Grad 2: Läsion der Haut 3 = Grad 3: Läsion der Unterhaut und/oder von Faszie und/oder Muskel 4 = Grad 4: Läsion von Knochen und/oder Gelenk | Der Dekubitus mit der höchsten Ausprägung nach der Gradierungsskala ist hier anzugeben. Grad 1: Persistierende, umschriebene Hautrötung bei intakter Haut. Weitere klinische Zeichen können Ödembildung, Verhärtung und eine lokale Überwärmung sein. Grad 2: Teilverlust der Haut. Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis (Korium) sind geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und kann sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür zeigen. Grad 3: Verlust aller Hautschichten und Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunter liegende Faszie reichen kann. Der Dekubitus zeigt sich als tiefes, offenes Geschwür. Grad 4: Verlust aller Hautschichten mit ausgedehnter Zerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder unterstützenden Strukturen (Sehnen, Gelenkkapsel). |
| 4 | Lagen bei Entlassung ein oder mehrere Dekubitalulzera vor? | JN | 0 = nein 1 = ja | Hier ist ein ja anzugeben, wenn bei der Entlassung aus der behandelnden chirurgischen / orthopädischen / unfallchirurgischen Abteilung ein oder mehrere Dekubitalulzera vorliegen. Die Erfassung soll innerhalb der letzten 24 Stunden des Krankenhausaufenthaltes erfolgen. |
| 5 | Anzahl der Dekubitalulzera | | | Hier ist die <u>genaue</u> Anzahl der Dekubitalulzera einzutragen. |
| 6 | Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitusulkus | DekubitusGrad | 1 = Grad 1: Rötung (nicht wegdrückbar) bei intakter Haut 2 = Grad 2: Läsion der Haut 3 = Grad 3: Läsion der Unterhaut und/oder von Faszie und/oder Muskel 4 = Grad 4: Läsion von Knochen und/oder Gelenk | Der Dekubitus, mit der höchsten Ausprägung nach der Gradierungsskala ist hier anzugeben. Es muss sich nicht um den gleichen Dekubitus, wie unter Datenfeld 3 angegeben, handeln. Die Gradierung ist entsprechend den Hinweisen zu Datenfeld 3 anzuwenden. |