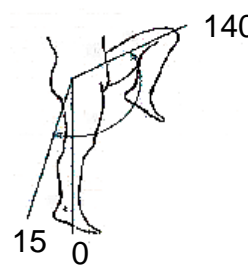
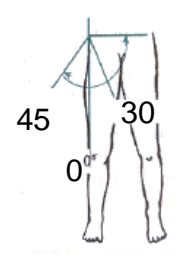
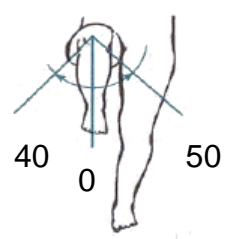


Ausfüllhinweise Modul 17/2: Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

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	Aufnahmediagnose(n) ICD-10	ICD10		
7,1	Aufnahmediagnose(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	
8	zu operierende Seite	ZuOpSeite	1 = rechts 2 = links	Seitenangabe der zu operierenden Hüfte
9	schmerzfreies Gehen < 20 min	JN	1 = ja 0 = nein	
10	Ruhschmerzen	JN	1 = ja 0 = nein	Qualitative Angabe bezüglich Ruhschmerzen des Patienten
11	Schmerz länger als 6 Monate bestehend	JN	1 = ja 0 = nein	
12	Medikamenteneinnahme aufgrund der Schmerzen	SchmerzMedik	1 = bei Bedarf 0 = nein 2 = regelmäßig	Hüftschmerz ist Ursache für Medikamenteneinnahme
13	Vorschädigung der zu operierenden Hüfte	JN	1 = ja 0 = nein	Es ist ja anzugeben, wenn eine Vorschädigung im Sinne einer Voroperation, eines vorangegangenen Traumas, einer Nekrose oder einer Entzündung besteht.
14	Voroperation	Jleer	1 = ja	
15	vorangegangenes Trauma	Jleer	1 = ja	
16	Nekrose	Jleer	1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise						
17	Entzündung	Jleer	1 = ja	<p>Definition der Osteomyelitis Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein: 1. Mikroorganismus aus dem Knochen in der Kultur anzüchtbar. 2. Während der Operation oder bei der histopathologischen Untersuchung festgestellte Osteomyelitis. 3. Zwei der folgenden Anzeichen, ohne andere erkennbare Ursache:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (> 38°), lokalisierte Schwellung, Empfindlichkeit, Überwärmung oder Sekretion an der Infektionsstelle und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mikroorganismus aus der Blutkultur isoliert ○ Positiver Antigentest im Blut ○ Röntgenologischer Anhalt für eine Infektion. <p>Gelenk- oder Schleimbeutelinfektion Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:</p> <p>1. Aus Gelenkflüssigkeit oder Synovialbiopsie isolierter Mikroorganismus. 2. Während der Operation oder bei der histopathologischen Untersuchung ersichtliche Gelenk- oder Schleimbeutelinfektion. 3. Zwei der folgenden Anzeichen, ohne sonstige Ursache: Gelenkschmerz Schwellung, Empfindlichkeit, Überwärmung, Anzeichen von Erguss oder Bewegungseinschränkung und eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Gram-Färbung der Gelenkflüssigkeit wurden Mikroorganismen und Leukozyten nachgewiesen. • Positiver Antigentest in Blut, Urin- oder Gelenkflüssigkeitsproben. • Zytologische und chemische Befunde aus der Gelenkflüssigkeit sind mit einer Infektion vereinbar. • Röntgenologischer Anhalt für eine Infektion. 						
18	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"> 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)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Extension/Flexion</td> <td>15°/0°/140°</td> </tr> <tr> <td>Ab- / Adduktion</td> <td>45°/0°/ 30°</td> </tr> <tr> <td>Außen-/Innenrotation</td> <td>40°/0°/ 50°</td> </tr> </table> <p>* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>	Extension/Flexion	15°/0°/140°	Ab- / Adduktion	45°/0°/ 30°	Außen-/Innenrotation	40°/0°/ 50°
Extension/Flexion	15°/0°/140°									
Ab- / Adduktion	45°/0°/ 30°									
Außen-/Innenrotation	40°/0°/ 50°									

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
19,1 19,2 19,3	Extension/Flexion 1 Extension/Flexion 2 Extension/Flexion 3			siehe Zeile 18 
20,1 20,2 20,3	Ab-/Adduktion 1 Ab-/Adduktion 2 Ab-/Adduktion 3			siehe Zeile 18 
21,1 21,2 21,3	Außen-/Innenrotation 1 Außen-/Innenrotation 2 Außen-/Innenrotation 3			siehe Zeile 18 
22	Osteophyten	OsteophytenH	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	

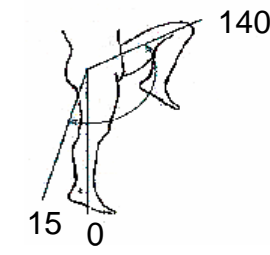
Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
23	Gelenkspalt	GelenkspaltH	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	
24	Sklerose	SkleroseH	0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	
25	Deformierung	DeformierungH	0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	
26	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
27	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 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 nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z.B. <i>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</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				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)
28	OP-Datum			
29	Operation OPS-301 (inkl. möglicher Zusatzkodierungen, z.B. Anwendung eines Navigationssystems)	OPS301		
29,1	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	
30	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)			
31	perioperative Antibiotikaprophylaxe	PeriopAntibi	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	Altersunabhängig ist hier die Angabe zur Antibiotikaprophylaxe anzugeben.
32	medikamentöse Thromboseprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	
33	Wurde der Schaft zementiert?	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe zur Prothesenverankerung (Schaftkomponente). Wenn die Angabe zur Schaftzementierung 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
34	Vakuummischtechnik	Jleer	1 = ja	
35	Druckreinigung des Markraums	Jleer	1 = ja	
36	Verwendung eines Markraumsperrers	Jleer	1 = ja	
37	Knochen transplantation	JN	1 = ja 0 = nein	
38	Osteosynthese	JN	1 = ja 0 = nein	
39	Bluttransfusion	JN	1 = ja 0 = nein	Gabe von Erythrozytenpräparaten intraoperativ bzw. während des gesamten postoperativen Verlaufs im Zusammenhang mit dem dokumentierten Eingriff
40	Eigenblut	Jleer	1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 39).
41	Anzahl der Transfusionseinheiten			Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 39).
42	Fremdblut	Jleer	1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 39). Diese Angabe ermöglicht spätere Aussagen bezüglich des blutsparenden Operierens.
43	Anzahl der Transfusionseinheiten			Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 39).
44	Verwendung eines Cell-Savers	JN	1 = ja 0 = nein	Blutrückgewinnung, -aufbereitung und Retransfusion mit dem Retransfusionssystem während der Operation“
45	postoperatives Röntgenbild a/p	JN	1 = ja 0 = nein	Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung
46	postoperatives Röntgenbild axial	JN	1 = ja 0 = nein	Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung
47	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, ist mindestens eine der folgenden Angaben anzugeben: <ul style="list-style-type: none"> • Implantatfehlhage • Implantatdislokation • Implantatbruch • Endoprothesenluxation • Wundhämatom / Nachblutung • Gefäßläsion • Nervenschaden • Fraktur
48	Implantatfehlhage	Jleer	1 = ja	
49	Implantatdislokation	Jleer	1 = ja	
50	Implantatbruch	Jleer	1 = ja	
51	Endoprothesenluxation	Jleer	1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss
52	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).
53	Gefäßläsion	Jleer	1 = ja	
54	Nervenschaden	Jleer	1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
55	Fraktur	Jleer	1 = ja	
56	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
57	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
58	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 Faszien- 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 betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<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>
59	allgemeine postoperative Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen
60	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. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. 2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<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. Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.
61	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)
62	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	Jleer	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
63	Lungenembolie	Jleer	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
64	Sonstige	Jleer	1 = ja	
65	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)	JN	1 = ja 0 = nein	Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad) <ol 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°</p> * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller (2000/01), Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)
66,1 66,2 66,3	Extension/Flexion 1 Extension/Flexion 2 Extension/Flexion 3			siehe Zeile 65 Hinweis: Eine Überprüfung des Beweanausmaßes sollte 20/0/130 nicht wesentlich überschreiten <div style="text-align: right;">  <p>140 15 0</p> </div>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
67	Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)	JN	1 = ja 0 = nein	
68	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
69	selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)	JN	1 = ja 0 = nein	
70	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
71	selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich	JN	1 = ja 0 = nein	
72	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
73	Entlassungsdatum Krankenhaus			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus
74	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
74,1	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10	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	
75	Entlassungsgrund	EntlGrund	§ 301-Vereinbarung	Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 85), sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 76, 77). 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.
76	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.
77	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 75).

Ausfüllhinweise Modul 17/2: 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 genaue 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 genaue 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.