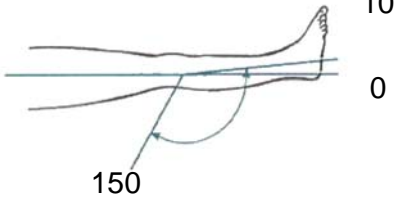


Ausfüllhinweise Modul 17/6: Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation

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	
9	schmerzfreies Gehen < 20 min	JN	1 = ja 0 = nein	
10	Ruhschmerzen	JN	1 = ja 0 = nein	
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	Knieschmerz ist Ursache für Medikamenteneinnahme
13	Voroperation im Kniegelenk oder kniegelenknah	JN	1 = ja 0 = nein	
14	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)	JN	1 = ja 0 = nein	Neutral-0-Methode* 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl)

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung Bewegungsmaße Knie Gradeinteilung* (Beispiel) Extension / Flexion (passiv) 10°/0°/150° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage) siehe Zeile 14
15,1 15,2 15,3	Extension/Flexion 1 Extension/Flexion 2 Extension/Flexion 3			
16	Bandinstabilität	JN	1 = ja 0 = nein	
17	Deformität	Deformitaet	0 = nein 1 = X-Stellung 2 = O-Stellung	
18	Aufnahme im Stehen zur Achsenbestimmung	JN	1 = ja 0 = nein	
19	Osteophyten	OsteophytenK	0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	
20	Gelenkspalt	GelenkspaltK	0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	
21	Sklerose	SkleroseK	0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	
22	Deformierung	DeformierungK	0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = Ausgeprägte Destruktion, Deformierung	
23	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

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
24	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 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>
25	OP-Datum			
26	Operation OPS-301 (inkl. möglicher Zusatzkodierungen, z. B. Anwendung eines Navigationssystems)	OPS301		
26,1	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	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
27	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)			
28	medikamentöse Thromboseprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	
29	perioperative Antibiotikaprophylaxe	PeriopAntibi	0 = nein 1 = single shot 2 = intraoperative Zweitgabe 3 = öfter	Altersunabhängig ist hier die Angabe zur Antibiotikaprophylaxe anzugeben.
30	Bluttransfusion	JN	1 = ja 0 = nein	Gabe von Erythrozytenpräparaten intraoperativ bzw. während des gesamten postoperativen Verlaufs im Zusammenhang mit dem dokumentierten Eingriff
31	Eigenblut	Jleer	1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 30).
32	Anzahl der Transfusionseinheiten			Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 30).
33	Fremdblut	Jleer	1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 30). Diese Angabe ermöglicht spätere Aussagen bezüglich des blutsparenden Operierens.
34	Anzahl der Transfusionseinheiten			Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur Bluttransfusion mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 30).
35	Verwendung eines Cell-Savers	JN	1 = ja 0 = nein	Blutrückgewinnung, -aufbereitung und Retransfusion mit dem Retransfusionssystem während der Operation oder postoperativ
36	Wurde zementiert	JN	1 = ja 0 = nein	Wenn eine Komponente zementiert worden ist, ist eine Angabe zur Zementierungstechnik zu machen (Item 37).
37	Vakuumzementmischtechnik	Jleer	1 = ja	
38	postoperatives Röntgenbild in 2 Ebenen	JN	1 = ja 0 = nein	Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung.
39	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	Wenn die Angabe mit 1 = Ja beantwortet worden ist (Item 45), sind mindestens folgende Angaben zu beantworten: <ul style="list-style-type: none"> • Wundhämatom / Nachblutung • Gefäßläsion • Nervenschaden • Fraktur
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	Implantatfehlage	ImplantatFehllageKnie	0 = nein 1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	
45	Patellafehlstellung	JN	1 = ja 0 = nein	
46	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	
47	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 (Item 46).</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 betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>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>
48	Reintervention wegen Komplikation(en) erforderlich	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Reinterventionen sind ungeplante Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs. Dies bezieht sich auf die Felder 40 (Wundhämatom/Nachblutung), 41 (Gefäßläsion), 42 (Nervenschaden) und 43 (Fraktur)</p> <p>Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms</p>
49	allgemeine postoperative Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
50	Pneumonie	Jleer	1 = ja	<p>Pneumoniekriterien nach CDC Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen: 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax 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. <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>
51	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)
52	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	Jleer	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
53	Lungenembolie	Jleer	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
54	Sonstige	Jleer	1 = ja	
55	Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Neutral-0-Methode*</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 Knie Gradeinteilung* (Beispiel)</p> <p>Extension / Flexion (passiv) 10°/0°/150°</p> <p>* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
56,1 56,2 56,3	Extension/Flexion 1 Extension/Flexion 2 Extension/Flexion 3			<p>siehe Zeile 55 Hinweis: Eine Überprüfung des Bewegungsausmaßes sollte 10/0/150 nicht wesentlich überschreiten.</p>
57	Treppensteigen möglich (mit Gehhilfen)	JN	1 = ja 0 = nein	
58	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
59	selbständiges Gehen möglich (mit Gehhilfen)	JN	1 = ja 0 = nein	
60	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
61	selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich	JN	1 = ja 0 = nein	
62	operationsbedingt	Jleer	1 = ja	
63	Entlassungsdatum Krankenhaus			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus
64	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.
64,1	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	
65	Entlassungsgrund	EntlGrund	§ 301-Vereinbarung	<p>Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 65), sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 66, 67).</p> <p>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.</p>
66	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.
67	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 65).

Ausfüllhinweise Modul 17/6: 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.