

# Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

HEP (Spezifikation 2022 V04)

| BASIS                                  |                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden |                                                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1-21                                   | Basisdokumentation                                                                                                                                                 | 11    | <b>Aufnahmedatum Krankenhaus</b><br><small>TT.MM.JJJJ</small><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 1-2                                    | Art der Versicherung                                                                                                                                               | 12    | <b>Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus</b><br><small>hh:mm</small><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 1                                      | <b>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</b><br><small>http://www.arge-ik.de</small><br><small>[0-9]{0,9}</small><br><input type="text"/> | 13    | <b>Aufnahmegrund</b><br><small>§ 301-Vereinbarung</small><br><input type="text"/><br>01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär<br>02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung<br>05 = stationäre Entbindung<br>06 = Geburt<br>07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003<br>08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2                                      | <b>besonderer Personenkreis</b><br><small>§ 301-Vereinbarung</small><br><input type="text"/>                                                                       | 14    | <b>Geburtsdatum</b><br><small>TT.MM.JJJJ</small><br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3-4                                    | Patientenidentifizierende Daten                                                                                                                                    | 15    | <b>Geschlecht</b><br>1 = männlich<br>2 = weiblich<br>3 = divers<br>8 = unbestimmt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 3                                      | <b>eGK-Versichertennummer</b><br><input type="text"/>                                                                                                              | 16-20 | Präoperative Anamnese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4                                      | <b>Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.</b><br>1 = ja <input type="checkbox"/>                                                                   | 16    | <b>Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b><br>1 = unbegrenzt (> 500m)<br>2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)<br>3 = Gehen am Stück bis 50m möglich<br>4 = im Zimmer mobil<br>5 = immobil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5-9                                    | Leistungserbringeridentifizierende Daten                                                                                                                           | 17    | <b>verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b><br>0 = keine<br>1 = Unterarmgehstützen/Gehstock<br>2 = Rollator/Gehbock<br>3 = Rollstuhl<br>4 = bettlägerig                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5                                      | <b>Institutionskennzeichen</b><br><small>http://www.arge-ik.de</small><br><input type="text"/>                                                                     | 18    | <b>Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</b><br><input type="checkbox"/><br>1 = selbständiges Treppensteigen möglich<br>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen<br>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 6                                      | <b>entlassender Standort</b><br><input type="text"/>                                                                                                               | 19    | <b>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</b><br><input type="checkbox"/><br>0 = nein, liegt nicht vor<br>1 = ja, Pflegegrad 1<br>2 = ja, Pflegegrad 2<br>3 = ja, Pflegegrad 3<br>4 = ja, Pflegegrad 4<br>5 = ja, Pflegegrad 5<br>9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7                                      | <b>behandelnder Standort (OPS)</b><br><small>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur</small><br><input type="text"/>      | 20    | <b>Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt</b><br><small>(OPS 9-984.b)</small><br><input type="checkbox"/><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8                                      | <b>Betriebsstätten-Nummer</b><br><input type="text"/>                                                                                                              | 21    | Auslösende OPS-Kodes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 9                                      | <b>Fachabteilung</b><br><small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small><br><input type="text"/>                                                             | 21    | <b>teildatensatzsteuernde OPS-Kodes</b><br><small>alle auslösenden Kodes und ggf. der Zusatzcode 5-829.n</small><br><small>http://www.dimdi.de</small><br>1. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>2. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>3. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>4. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>5. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>6. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>7. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>8. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>9. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>10. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>...<br>15. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/><br>Siehe Anmerkung 1 |
| 10-15                                  | Patient                                                                                                                                                            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10                                     | <b>einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten</b><br><input type="text"/>                                                                             |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

# Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| PROZEDUR                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 22-31                                        | Prozedur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 22-23                                        | Eingriff                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 22                                           | Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 23                                           | zu operierende Seite<br><input type="checkbox"/><br>1 = rechts<br>2 = links                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 24-26                                        | Präoperative Befunde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>wenn Feld 31 KEINSIN OPS_TotalendoWec</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 24>                                          | Koxarthrose<br><input type="checkbox"/><br>0 = nein<br>1 = ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 25                                           | Einstufung nach ASA-Klassifikation<br>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.<br><input type="checkbox"/><br>1 = normaler, gesunder Patient<br>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung<br>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung<br>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt<br>5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 26                                           | Wundkontaminationsklassifikation<br>nach Definition der CDC<br><input type="checkbox"/><br>1 = aseptische Eingriffe<br>2 = bedingt aseptische Eingriffe<br>3 = kontaminierte Eingriffe<br>4 = septische Eingriffe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 27-31                                        | Operation                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 27                                           | Art des Eingriffs<br><input type="checkbox"/><br>1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur<br>2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation<br>3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels<br>4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 28                                           | Datum des Eingriffs<br>TT.MM.JJJJ<br><input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 29                                           | Beginn des Eingriffs<br>Hautschnitt<br>hh:mm<br><input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 30                                           | Dauer des Eingriffs<br>Schnitt-Naht-Zeit<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 31                                           | Prozedur(en)<br>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe<br><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a><br>1. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>2. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>4. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>5. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>6. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>7. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>8. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>9. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/><br>10. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> |

## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 32-40.4                             | Hüftgelenknahe Femurfraktur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 32                                  | Anzahl der Eingriffe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 32                                  | Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                       |
| 33-40.4                             | Präoperative Anamnese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 33                                  | Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                         |
| 34                                  | Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes<br><small>Inhouse-Sturz</small><br><br>0 = nein<br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                            |
| <b>wenn Feld 34 = 1</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 35>                                 | Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)<br><small>TT.MM.JJJJ</small><br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div> |
| 36>                                 | Zeitpunkt der Fraktur<br><small>hh:mm</small><br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>:<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                               |
| 37                                  | Frakturlokalisierung<br><br>1 = medial<br>2 = lateral<br>3 = pertrochantär<br>9 = sonstige<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>wenn Feld 37 = 1</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 38>                                 | hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden<br><br>1 = Abduktionsfraktur<br>2 = unverschoben<br>3 = verschoben<br>4 = komplett verschoben<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                   |
| 39                                  | Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>wenn Feld 39 = 1</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 40.1>                               | Vitamin-K-Antagonisten<br><small>z.B. Phenprocoumon, Warfarin</small><br><br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 40.2>                               | Thrombozytenaggregations-hemmer<br><small>z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure</small><br><br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                          |
| 40.3>                               | DOAK/NOAK<br><small>z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban</small><br><br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 40.4>                               | sonstige<br><br>1 = ja<br><div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

# Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| ELEKTIVE HÜFTENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 41-63                                       | Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 41                                          | Anzahl der Eingriffe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 41                                          | Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes? <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/></span>                                                                                                                                                                       |
| 42-45                                       | Präoperative Anamnese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 42                                          | Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                             |
| <b>wenn Feld 42 = 1</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 43>                                         | Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                  |
| 44>                                         | Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                                        |
| 45                                          | Schmerzen<br><br>0 = nein<br>1 = ja, Belastungsschmerz<br>2 = ja, Ruheschmerz <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                                            |
| 46-55                                       | Präoperativer Bewegungsumfang                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 46                                          | Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                       |
| <b>wenn Feld 46 = 1</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 47>                                         | Extension/Flexion 1 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                                 |
| 48>                                         | Extension/Flexion 2 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                             |
| 49>                                         | Extension/Flexion 3 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                             |
| 50>                                         | Ab-/Adduktion 1 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 51>                                         | Ab-/Adduktion 2 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 52>                                         | Ab-/Adduktion 3 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 53>                                         | Außen-/Innenrotation 1 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                              |
| 54>                                         | Außen-/Innenrotation 2 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                              |
| 55>                                         | Außen-/Innenrotation 3 <span style="float: right;"><input type="text"/><input type="text"/> Grad</span>                                                                                                                                                                                                                              |
| 56-59                                       | Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 56                                          | Osteophyten<br><br>0 = keine oder fraglich<br>1 = eindeutig<br>2 = große <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                                                 |
| 57                                          | Gelenkspalt<br><br>0 = nicht oder fraglich verschmälert<br>1 = eindeutig verschmälert<br>2 = fortgeschritten verschmälert<br>3 = aufgehoben <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                              |
| 58                                          | Sklerose<br><br>0 = keine Sklerose<br>1 = leichte Sklerose<br>2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung<br>3 = Sklerose mit Zysten <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                          |
| 59                                          | Deformierung<br><br>0 = keine Deformierung<br>1 = leichte Deformierung<br>2 = deutliche Deformierung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                     |
| 60-61                                       | Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 60                                          | Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                           |
| <b>wenn Feld 60 = 1</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 61>                                         | erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)<br><br>0 = Grad 0 normal<br>1 = Grad 1 geringe Veränderung<br>2 = Grad 2 definitive Veränderung<br>3 = Grad 3 deutliche Veränderung<br>4 = Grad 4 schwere Veränderung<br>5 = Grad 5 mutilierende Veränderung <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> |
| 62-63                                       | Atraumatische Femurkopfnekrose                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 62                                          | Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?<br><br>0 = nein<br>1 = ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                                                                                  |
| <b>wenn Feld 62 = 1</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 63>                                         | atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation<br><br>0 = Stadium 0<br>1 = Stadium I<br>2 = Stadium II<br>3 = Stadium III<br>4 = Stadium IV <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>                                                                                                                     |

## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| WECHSEL BZW. KOMPONENTENWECHSEL     |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt |                                                                                                                                                                                     |
| 64-69.13                            | Wechsel bzw. Komponentenwechsel                                                                                                                                                     |
| 64                                  | Anzahl der Eingriffe                                                                                                                                                                |
| 64                                  | Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                                    |
| 65                                  | Präoperative Anamnese                                                                                                                                                               |
| 65                                  | Schmerzen vor der Prothesenexplantation<br><br>0 = nein<br>1 = ja, Belastungsschmerz<br>2 = ja, Ruheschmerz<br><br><input type="checkbox"/>                                         |
| 66-67                               | Erreger-/Infektionsnachweis                                                                                                                                                         |
| 66                                  | positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                 |
| 67                                  | mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation<br><br>0 = nicht durchgeführt<br>1 = durchgeführt, negativ<br>2 = durchgeführt, positiv<br><br><input type="checkbox"/> |
| 68-69.13                            | Röntgendiagnostik/Klinische Befunde                                                                                                                                                 |
| 68                                  | Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?<br><br>0 = nein<br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                  |
| <b>wenn Feld 68 = 1</b>             |                                                                                                                                                                                     |
| 69.1>                               | Implantatbruch<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                        |
| 69.2>                               | Implantatabrieb/-verschleiß<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                           |
| 69.3>                               | Implantatfehlage der Pfanne<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                           |
| 69.4>                               | Implantatfehlage des Schafts<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                          |
| 69.5>                               | Lockerung der Pfannenkomponente<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                       |
| 69.6>                               | Lockerung der Schaftkomponente<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                        |
| 69.7>                               | periprothetische Fraktur<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                              |
| 69.8>                               | Endoprothesen(sub)luxation<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                            |
| 69.9>                               | Knochendefekt Pfanne<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                  |
| 69.10>                              | Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                            |
| 69.11>                              | Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                 |
| 69.12>                              | periartikuläre Ossifikation<br>Grad 3 oder 4 nach Brooker<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                             |
| 69.13>                              | andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde<br><br>1 = ja<br><br><input type="checkbox"/>                                                                                 |

## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| <b>PROZEDUR</b>                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden   |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 70-74                                         | Prozedur                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 70-74                                         | Intra- und postoperativer Verlauf                                                                                                                                                                                                                                      |
| 70                                            | <p>Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                    |
| <b>wenn Feld 70 = 1</b>                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 71.1>                                         | <p>primäre Implantatfehlage</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                 |
| 71.2>                                         | <p>sekundäre Implantatdislokation</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                           |
| 71.3>                                         | <p>offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |
| 71.4>                                         | <p>Nachblutung/Wundhämatom</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                  |
| 71.5>                                         | <p>Gefäßläsion</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |
| 71.6>                                         | <p>bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |
| 71.7>                                         | <p>periprothetische Fraktur</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                 |
| 71.8>                                         | <p>Wunddehiszenz</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            |
| 71.9>                                         | <p>sekundäre Nekrose der Wundränder</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                         |
| 71.10>                                        | <p>sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                |
| 72                                            | <p>postoperative Wundinfektion<br/>nach den KISS-Definitionen</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                  |
| <b>wenn Feld 72 = 1</b>                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 73>                                           | <p>Wundinfektionstiefe<br/>nach den KISS-Definitionen</p> <p>1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion<br/>2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion<br/>3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <input type="checkbox"/> |
| <b>wenn Feld 70 = 1 oder wenn Feld 72 = 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 74>                                           | <p>ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             |

# Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| <b>BASIS</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden                       |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 75-91                                                        | <b>Basisdokumentation</b>                                                                                                                                                                                                       |
| 75-77                                                        | <b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>                                                                                                                                                                                        |
| 75                                                           | <p>Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                              |
| <b>wenn Feld 75 = 1</b>                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 76.1>                                                        | <p><b>Pneumonie</b><br/>nach den KISS-Definitionen</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                   |
| 76.2>                                                        | <p>behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |
| 76.3>                                                        | <p>tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |
| 76.4>                                                        | <p>Lungenembolie</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                     |
| 76.5>                                                        | <p>katheterassoziierte Harnwegsinfektion<br/>nach den KISS-Definitionen</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                              |
| 76.6>                                                        | <p>Schlaganfall</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                      |
| 76.7>                                                        | <p>akute gastrointestinale Blutung</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                   |
| 76.8>                                                        | <p>akute Niereninsuffizienz</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                          |
| 76.9>                                                        | <p><b>Delir, akute delirante Symptomatik</b><br/>gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                     |
| 76.10>                                                       | <p>sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</p> <p>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                          |
| <b>wenn Feld 76.9 = 1</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 77>>                                                         | <p><b>Demenz</b></p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |
| <b>78-79 Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren</b> |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 78                                                           | <p>Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                        |
| 79                                                           | <p>Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?<br/>s. auch Pflegedokumentation</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                             |
| <b>80-83 Postoperativer Bewegungsumfang</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 80                                                           | <p>Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?</p> <p>0 = nein<br/>1 = ja</p> <input type="checkbox"/>                                                                              |
| <b>wenn Feld 27 EINSIN (2) und wenn Feld 80 = 1</b>          |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 81>                                                          | <p>Extension/Flexion 1 bei Entlassung</p> <p style="text-align: right;">□ □ Grad</p>                                                                                                                                            |
| 82>                                                          | <p>Extension/Flexion 2 bei Entlassung</p> <p style="text-align: right;">□ □ □ Grad</p>                                                                                                                                          |
| 83>                                                          | <p>Extension/Flexion 3 bei Entlassung</p> <p style="text-align: right;">□ □ □ Grad</p>                                                                                                                                          |
| <b>84-86 Gehfähigkeit bei Entlassung</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 84                                                           | <p>Gehstrecke bei Entlassung</p> <p>1 = unbegrenzt (&gt; 500m)<br/>2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)<br/>3 = Gehen am Stück bis 50m möglich<br/>4 = im Zimmer mobil<br/>5 = immobil</p> <input type="checkbox"/> |
| 85                                                           | <p>Gehhilfen bei Entlassung</p> <p>0 = keine<br/>1 = Unterarmgehstützen/Gehstock<br/>2 = Rollator/Gehbock<br/>3 = Rollstuhl<br/>4 = bettlägerig</p> <input type="checkbox"/>                                                    |
| 86                                                           | <p>Treppensteigen bei Entlassung</p> <p>1 = selbständiges Treppensteigen möglich<br/>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen<br/>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</p> <input type="checkbox"/>               |
| <b>87-91 Entlassung Krankenhaus</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                 |
| 87                                                           | <p>Entlassungsdatum Krankenhaus</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□ □ . □ □ . □ □ □ □</p>                                                                                                                     |
| 88                                                           | <p>Entlassungsgrund</p> <p>§ 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p> <p>Schlüssel 1</p> <p style="text-align: right;">□ □</p>                                                               |

## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 89 | <p><b>Entlassungsdiagnose(n)</b></p> <p>alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM<br/> <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p> <p>1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>9. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>10. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">...</p> <p>30. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> |
| 90 | <p><b>geriatrische frührehabilitative<br/>Komplexbehandlung</b></p> <p>(OPS 8-550.-)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 91 | <p><b>Versorgung bei Polytrauma</b></p> <p>gemäß OPS 5-982.-</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

| Schlüssel 1<br>Entlassungsgrund                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 = Behandlung regulär beendet                                                                                                                                        | 5-820.94 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert                                                                          | 5-821.30 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert                     |
| 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                                                                                                  | 5-820.95 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert                                                                                | 5-821.31 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.             |
| 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet                                                                                                                          | 5-820.96 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)                                                                   | 5-821.32 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)              |
| 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet                                                                                                                           | 5-820.x0 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert                                                                                                                  | 5-821.33 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese                       |
| 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers                                                                                                                           | 5-820.x1 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert                                                                                                                        | 5-821.3x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige                                                   |
| 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus                                                                                                                              | 5-820.x2 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)                                                                                                           | 5-821.40 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert               |
| 07 = Tod                                                                                                                                                               | 5-821.10 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Femurkopprothese, nicht zementiert                                                   | 5-821.41 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.       |
| 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                             | 5-821.11 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Femurkopprothese, zementiert oder n.n.bez.                                           | 5-821.42 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.       |
| 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung                                                                                                                     | 5-821.12 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert                                                  | 5-821.43 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese                 |
| 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung                                                                                                                              | 5-821.13 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.                                          | 5-821.4x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige                                             |
| 11 = Entlassung in ein Hospiz                                                                                                                                          | 5-821.14 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)                                           | 5-821.50 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert         |
| 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung                                                                                                                  | 5-821.15 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese                                                    | 5-821.51 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez. |
| 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                                                                                    | 5-821.16 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: In Duokopprothese                                                                       | 5-821.52 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)  |
| 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                                                                                     | 5-821.1x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopprothese: Sonstige                                                                                | 5-821.53 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese           |
| 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 | 5-821.20 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert                                         | 5-821.5x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert         |
| 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung                                                 | 5-821.22 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.                                 | 5-821.60 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert                  |
| 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)                                                                         | 5-821.24 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes         | 5-821.61 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.          |
| 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen                                                                                                                     | 5-821.25 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes | 5-821.62 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)           |
| 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt                                                                                                                       | 5-821.26 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert                                             | 5-821.63 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese                    |
|                                                                                                                                                                        | 5-821.27 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.                                     | 5-821.6x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige                                                |
|                                                                                                                                                                        | 5-821.28 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)                                      | 5-821.f0 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopprothese: In Duokopprothese, nicht zementiert                                        |
|                                                                                                                                                                        | 5-821.29 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese                                               |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        | 5-821.2x = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige                                                                           |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |

### Anmerkung 1 - im Feld "teildatensatzsteuernde OPS-Kodes" (OPSchLUEAUsl) dokumentationspflichtige Kodes

- 5-820.00 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
- 5-820.01 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
- 5-820.02 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.20 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
- 5-820.21 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
- 5-820.22 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.30 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopprothese: Nicht zementiert
- 5-820.31 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopprothese: Zementiert
- 5-820.40 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopprothese: Nicht zementiert
- 5-820.41 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopprothese: Zementiert
- 5-820.80 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
- 5-820.81 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
- 5-820.82 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.92 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
- 5-820.93 = Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert

## Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

- 5-821.f1 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f2 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.f3 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f4 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.fx = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige
- 5-821.g0 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
- 5-821.g1 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert
- 5-821.g2 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.g3 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.g4 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.g5 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.gx = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige
- 5-821.j0 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.j1 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.j2 = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.jx = Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Sonstige
- 5-829.n = Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation