



Ausfuellhinweise Huftendoprothesenversorgung (HEP)

Stand: 03. November 2014 (QS-Spezifikation 2015 V03)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls es sich um einen gesetzlich versicherten Patienten handelt. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
Patientenidentifizierende Daten			
2	eGK-Versichertennummer	-	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls es sich um einen gesetzlich versicherten Patienten handelt. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
3	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

4	entlassender Standort	Format: [0-9]{2}	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-

Patient

7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Die Identifikationsnummer verbleibt im Krankenhaus und wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
8	Aufnahmedatum	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2015 bis zum 10.01.2015</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2015 bis zum 20.01.2015</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2015, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2015</p>
9	Aufnahmeuhrzeit	Format: hh:mm	-
10	Aufnahmegrund	siehe Schlüssel 2	-
11	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
12	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-

Präoperative Anamnese

13	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahmen bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.
14	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
Zeile Bezeichnung		Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Eingriff

15	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes können verschiedene dokumentationspflichtige operative Eingriffe (OPS =5-82) während eines Aufenthaltes unterschieden werden. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
16	zu operierende Seite	1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.

Präoperative Befunde

17	Einstufung nach ASA-Klassifikation	1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma [...])“ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
18	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien

			<p>1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</p> <p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. <p>3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florder Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
--	--	--	---

Operation

19	Art des Eingriffs	1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	-
20	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) verwendet werden.
21	Beginn des Eingriffs	Format: hh:mm	-
22	Prozedur(en)	-	Alle OPS des durchgeführten Eingriffs sind gemäß den gültigen Kodierrichtlinien zu dokumentieren. In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig). Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L

			<p>oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnungen wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel.</p> <p>Beispiel: Für den OPS-Kode 5-820.00 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Hüft-Endoprothese ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-820.00:R, 5-820.00:L oder 5-820.00:B. Die Dokumentation des Kodes 5-820.00 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Prozeduren werden gemäß dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2016 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2015 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2015 aufgenommen worden ist.</p>
--	--	--	---

Perioperatives Management

23	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter	<p>Die Verwendung von antibiotikahaltigem Zement ist hier nicht anzugeben.</p> <p>Hier ist nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben, die bei Vorliegen/ nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.</p>
----	-------------------------------------	---	---

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)

Hüftgelenknahe Femurfraktur

Anzahl der Eingriffe

24	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur inkl. periprothetische Fraktur während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
----	---	--	---

Anamnese

25	Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah	0 = nein 1 = ja	-
26	vorbestehende Koxarthrose	0 = nein 1 = ja	-
27	Frakturereignis	1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	Hier ist anzugeben, zu welchem Zeitpunkt das Frakturereignis stattgefunden hat.

wenn Feld 27 = 2

28	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	Format: TT.MM.JJJJ	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während eines akut-stationären Aufenthaltes gestürzt ist.
29	Zeitpunkt der Fraktur	Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
30	Frakturlokalisierung	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-

wenn Feld 30 = 1

31	Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	-
32	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 32 = 1

33	Art der Medikation	1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) 2 = Acetylsalicylsäure 3 = andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol) 4 = direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran) 9 = sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)	-
----	--------------------	--	---

Zeile **Bezeichnung** **Allgemeiner Hinweis** **Ausfüllhinweis****Teildatensatz Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)****Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation****Anzahl der Eingriffe**

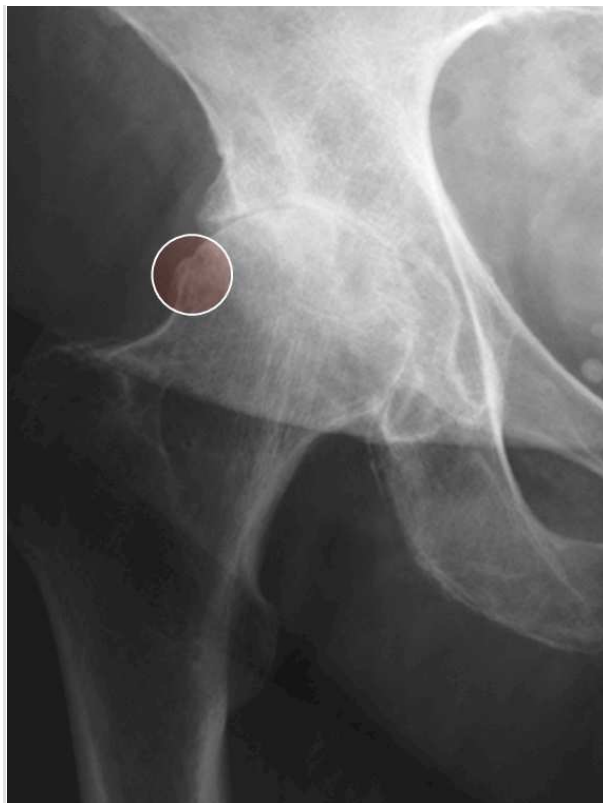
34	Wievielte elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
----	--	--	---

Anamnese

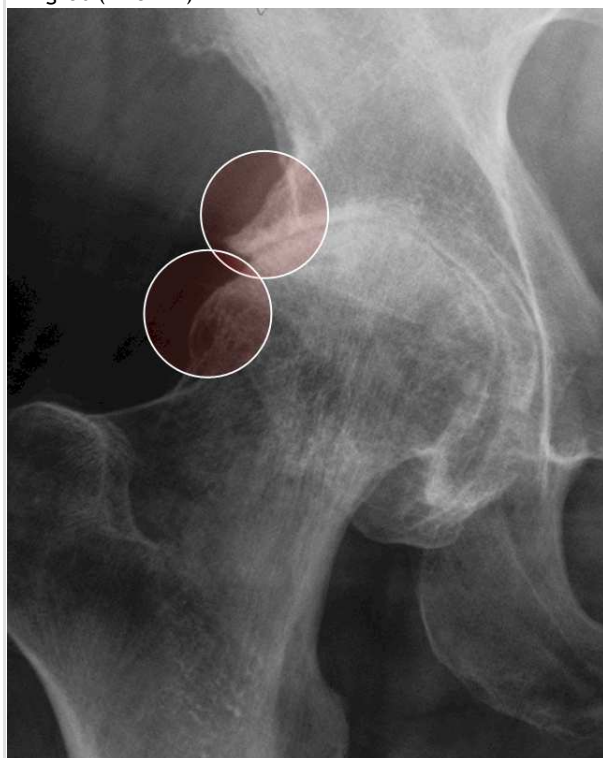
35	Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah	0 = nein 1 = ja	-
36	Schmerzen	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.

Modifizierter Kellgren & Lawrence Score

37	Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	Röntgen-Beispiele: Osteophyten 1 = eindeutig (-2 mm)
----	-------------	---	--



2 = groß ($\geq 3\text{mm}$)



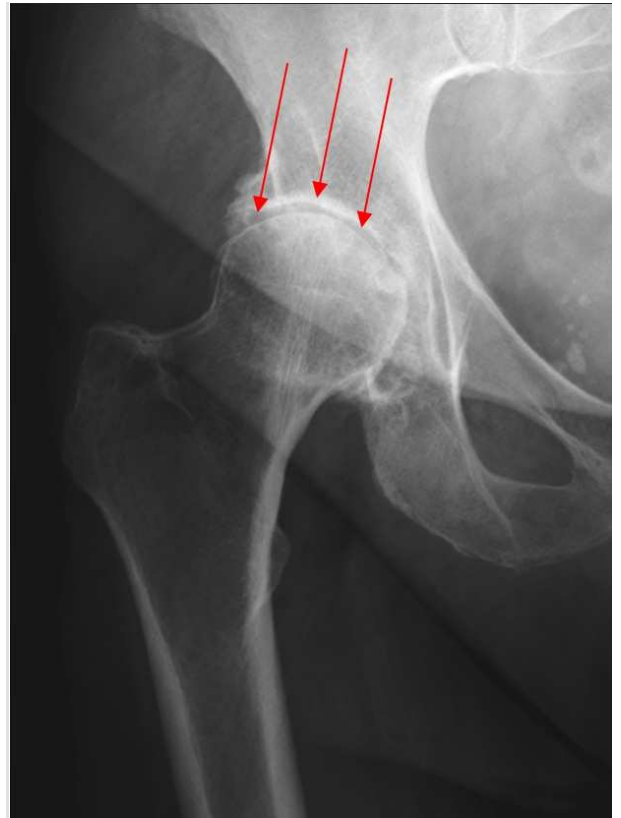
38 Gelenkspalt

0 = nicht oder fraglich verschmälert
 1 = eindeutig verschmälert
 2 = fortgeschritten verschmälert
 3 = aufgehoben

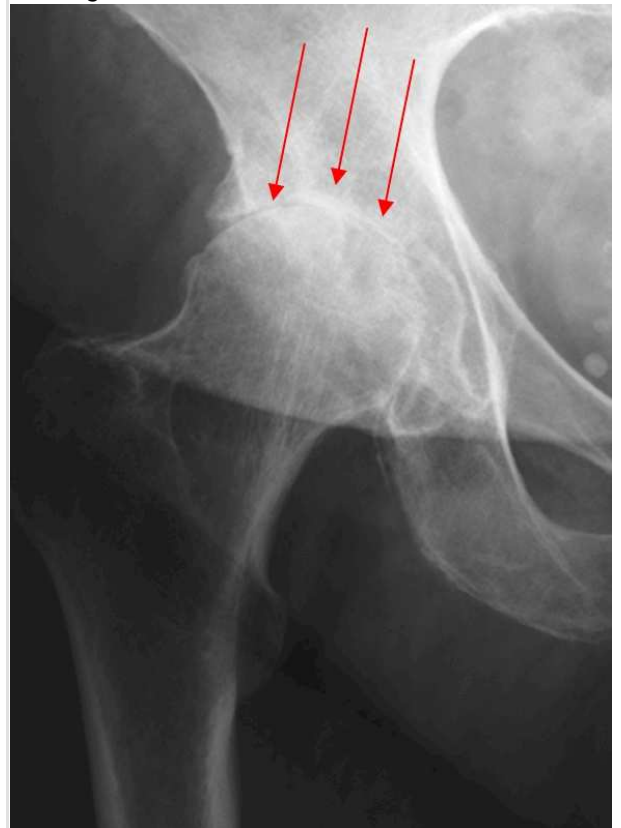
Röntgen-Beispiele: unter Belastung

Gelenkspalt

1 = eindeutig verschmälert



2 = fortgeschritten verschmälert

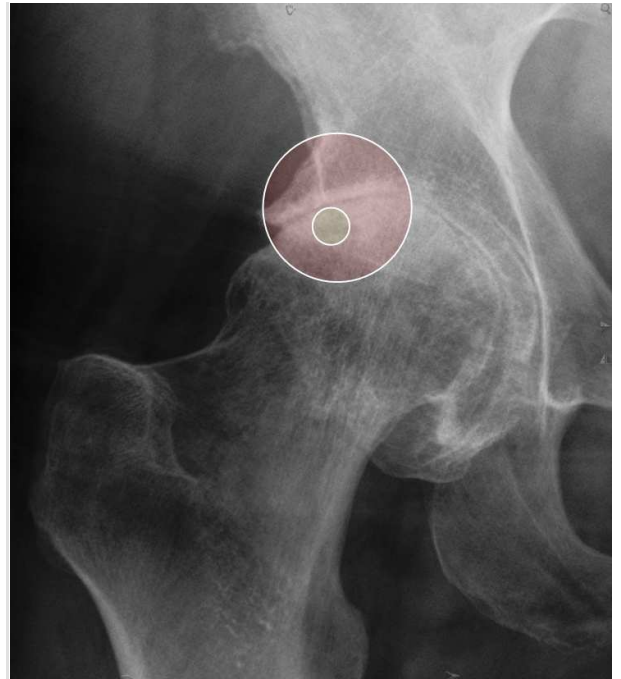


39 Sklerose

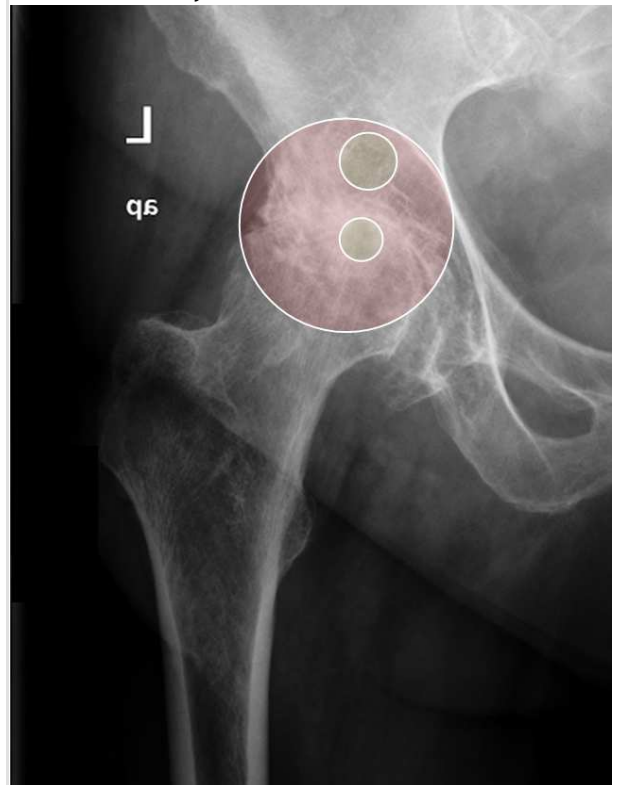
0 = keine Sklerose
 1 = leichte Sklerose
 2 = leichte Sklerose mit
 Zystenbildung
 3 = Sklerose mit Zysten

**Röntgen-Beispiele:
 Sklerose**

2 = leichte Sklerose mit Zysten



3 = Sklerose mit Zysten

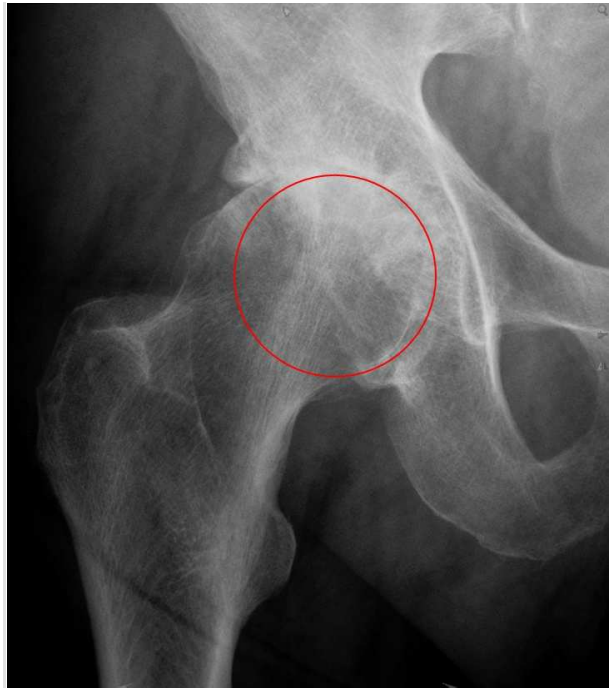


40 Deformierung

0 = keine Deformierung
 1 = leichte Deformierung
 2 = deutliche Deformierung

Röntgen-Beispiele:
 Deformierung

1= leichte Deformierung



2 = deutliche Deformierung



Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

41	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation an der betroffenen Seite vor?	0 = nein 1 = ja	Die Einteilung erfolgt nach Larsen-Dale-Eek.
wenn Feld 41 = 1			
42	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 multilierende Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal Grad 1 = geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung Grad 2 = definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat Grad 3 = deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden

			<p>Grad 4 = schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten</p> <p>Grad 5 = Mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich</p> <p>(Rau R, Wassenberg S.: Scoringmethoden bei der rheumatoiden Arthritis. In: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (ed.). Bildgebende Verfahren in der Rheumatologie. Steinkopff 2007:27-46)</p>
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Wechsel (W)

Wechsel

Anzahl der Eingriffe

43	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
44	zweizeitiger Wechsel	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit 1= ja zu beantworten, wenn nach einer Entfernung (mit oder ohne Spacereinbau) in einer zweiten Operation (mit oder ohne Ausbau seines Spacers) eine neue Endoprothese eingesetzt wird.

Anamnese / Diagnostik

45	Schmerzen	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperativ Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
----	-----------	--	---

Entzündungszeichen / Erreger-/ Infektionsnachweis

46	positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.
47	mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben. Hier können auch Ergebnisse von prästationär durchgeführten Gelenkpunktionen eingetragen werden. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.
48	histopathologische(r) Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) präoperativ vor Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des histopathologischen Befundes des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben. <p>Abriebinduzierter Typ (Typ I): liegt dann vor, wenn histopathologische Makrophagen, multinukleäre Riesenzellen sowie metallische und oder nicht metallische Fremdkörper z. B. der Gleitpaarung oder des Knochenzements im Präparat nachgewiesen werden können.</p> <p>Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile</p>

Granulozyten und Mikroabszesse auf. Nur vereinzelt sind Makrophagen und multinukleäre Riesenzellen nachweisbar.

Mischtyp (Typ III): Stellt eine Kombination aus den Typen I und II dar. Im histopathologischen Präparat finden sich sowohl Kennzeichen der abriebinduzierten Fremdkörperreaktion als auch ein granulozytenreiches Infiltrat/Granulationsgewebe.

Indifferenztyp (Typ IV): Das Präparat weist zellarmes, kollagenfaserreiches Bindegewebe auf, dessen Oberfläche von einer synovialisähnlichen Deckzellschicht begrenzt wird. Abriebpartikel oder eine Infektion sind nicht nachweisbar.

Röntgendiagnostik / klinische Befunde

49	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 49 = 1			
50	Implantatbruch	1 = ja	-
51	Implantatabrieb/-verschleiß	1 = ja	-
52	Implantatfehlage der Pfanne	1 = ja	-
53	Implantatfehlage des Schafts	1 = ja	-
54	Lockerung der Pfannenkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
55	Lockerung der Schaftkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
56	Osteolyse der Pfanne	1 = ja	-
57	Osteolyse des Femurs	1 = ja	-
58	periprothetische Fraktur	1 = ja	-
59	(rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Hier sind auch (rezidivierende = mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
60	großer Knochendefekt Pfanne	1 = ja	-
61	großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	1 = ja	-
62	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	1 = ja	-
63	periartikuläre Ossifikation	1 = ja	Zu dokumentieren sind nur die periartikulären Ossifikationen nach Brooker Grad 3 und 4. Brooker-Klassifikation der heterotopen Knochenbildung: Grad 0 = keine Ossifikation, Grad 1 = eine oder zwei Knocheninseln in den Weichteilen von jeweils weniger als 1 cm Durchmesser, Grad 2 = ausgedehntere Knocheninseln oder Knochenspangen vom Becken oder proximalen Femur, die weniger als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnehmen, Grad 3 = Ossifikation, die mehr als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt, Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur [Vgl. Fransen, M., Neal, B.: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for preventing heterotopic bone formation after hip arthroplasty. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3; Stand 2009]
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Intra- und postoperativer Verlauf

64	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen.
wenn Feld 64 = 1			
65	primäre Implantatfehlage	1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. die Perforation.
66	sekundäre Implantatdislokation	1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.
67	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
68	OP-, oder interventionsbedürftige(s) Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	Behandlungsbedürftige Wundhämatome oder Nachblutungen sind immer dann gegeben, wenn diese im direkten Zusammenhang mit dem Primäreingriff stehen und eine Intervention (Punktion, Hämatomausräumung oder Blutstillung) erforderlich werden lassen. Zu den Interventionen zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten.
69	OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	1 = ja	Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Im Bereich des Beckens in der Regel A. iliaca externa, im Bereich des Femurs A. femoralis bzw. A. profunda femoris. Die Gabe von Blutkonserven ist nicht ausreichend, die Kriterien hier zu erfüllen.
70	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
71	periprothetische Fraktur	1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
72	postoperative Wundinfektion (nach CDC Definition)	1 = CDC A1 (oberflächliche Infektion) 2 = CDC A2 (postoperative tiefe Infektion) 3 = CDC A3 (Organe/Körperhöhle im OP Gebiet)	Postoperative Wundinfektionen A 1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu: 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision. 3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der

			<p>oberflächlichen Inzision.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p><u>A 2 Postoperative tiefe Wundinfektion</u> Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat (1) in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszien- und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38 °C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision. 3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p><u>A 3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</u> Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat1 in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat. 2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. 3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p><small>1 <i>Definition Implantat:</i> Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen [vom Schwein oder synthetisch]). Menschliche Spenderorgane (Transplantate wie z.B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen).</small></p>
73	Reoperationspflichtige Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
74	Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.

75	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	-
76	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.

Weitere Prozeduren

77	Wurden weitere endoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Für weitere Wechselprozeduren oder Prozeduren auf der kontralateralen Seite innerhalb eines stationären Aufenthaltes, bitte einen neuen Prozedurbogen I anlegen. Dies gilt auch bei einer Zusammenlegung von Fällen.
----	--	--------------------	---

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Basis (B)**Basisdokumentation****Intra- und postoperativer Verlauf**

78	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---

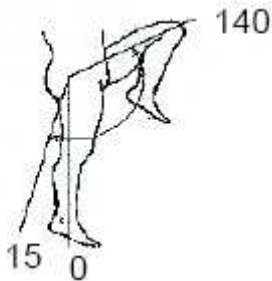
wenn Feld 78 = 1

79	Pneumonie	1 = ja	-
80	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
81	tiefe Bein- /Beckenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
82	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
83	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1 = ja	-
84	Apoplex	1 = ja	-
85	akute gastrointestinale Blutung	1 = ja	-
86	akute Niereninsuffizienz	1 = ja	-
87	neu aufgetretener Dekubitus	1 = ja	Dekubitus Grad 2 ist in Anlehnung an die Leitlinie zur Dekubitus-Prävention der European Pressure Ulcer Advisory Panel und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) in deutscher Übersetzung wie folgt definiert: Kategorie/Stufe/Grad 2: Teilverlust der Haut Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als falsches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreißen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zubeschreiben. * Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
88	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	-

Präventionsmaßnahmen

89	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	0 = nein 1 = ja	Definition nach dem Pflege-Expertenstandard "Sturzprophylaxe"
90	Wurden Präventionsmaßnahmen ergriffen? (s. auch Pflegedokumentation)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 90 = 1			
91	Patient hat Gehtraining erhalten	1 = ja	Hierzu zählen alle Maßnahmen/Übungen/Trainings die zu einer Verbesserung des Haltungs- und Gangbildes sowie der Gangsicherheit beitragen. Dies sind beispielsweise Gangübungen, Kraftübungen/-trainings zur Erhaltung oder Aufbau der Muskulatur sowie Gleichgewichtsübungen.
92	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	1 = ja	Der Patient sollte für alle erhaltenen Hilfsmittel ein z.B. das Laufen mit Unterarmgehstützen oder einem Rollator Training erhalten bis sie sicher im Umgang mit diesem Hilfsmittel sind.
93	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	1 = ja	Die Einnahme von psychotropen Medikamenten wie beispielsweise Benzodiazepinen, Sedativa, Antidepressiva, Neuroleptika und Hypnotika erhöhen das Sturzrisiko des Patienten. Diese Medikamenten sollten, wenn möglich reduziert oder sogar abgesetzt werden. Im weiteren Sinne fällt unter die Anpassung der Medikation die Prüfung, ob der Patient ausreichend mit Kalzium und Vitamin D versorgt ist und ggf. eine Neuverordnung von Präparaten oder eine Anpassung der bestehenden Medikation notwendig ist.
94	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	1 = ja	-

Postoperativer Bewegungsumfang

95	Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)	0 = nein 1 = ja	<p>Neutral-Null-Methode* (Angabe in Grad)</p> <p>1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung</p> <p>Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel)</p> <p>Extension/Flexion 15° / 0° / 140° Ab- / Adduktion 45° / 0° / 30° Außen-/Innenrotation 40° / 0° / 50°</p> <p>Beispiel für ein Streckdefizit: 0° / 5° / 140°</p> 
----	---	--------------------	--

			* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage) Bei beidseitigen Prozeduren sind die drei Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung vorweist.
wenn Feld 95 = 1			
96	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Nach Neutral-Null-Methode die vom Körper wegführende Bewegung Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
97	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Nach Neutral-Null-Methode die 0-Stellung (falls diese nicht erreicht wird Extension/Flexion 1 und Extension/Flexion 3). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
98	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Nach Neutral-Null-Methode die zur Körpermitte hinführende Bewegung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.

Entlassung

99	Gehstrecke bei Entlassung	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
100	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat.
101	Entlassungsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufhalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.
102	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 3 Format: § 301-Vereinbarung	-
103	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose und Nebendiagnosen) angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- bzw. Konsultationstag in der Einrichtung gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2016 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2015 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2015 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1

Fachabteilungen

0100 = Innere Medizin
 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
 0190 = Innere Medizin
 0191 = Innere Medizin
 0192 = Innere Medizin
 0200 = Geriatrie
 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 0290 = Geriatrie
 0291 = Geriatrie
 0292 = Geriatrie
 0300 = Kardiologie
 0390 = Kardiologie
 0391 = Kardiologie
 0392 = Kardiologie
 0400 = Nephrologie
 0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
 0490 = Nephrologie
 0491 = Nephrologie
 0492 = Nephrologie
 0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
 0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
 0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
 0600 = Endokrinologie
 0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
 0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0690 = Endokrinologie
 0691 = Endokrinologie
 0692 = Endokrinologie
 0700 = Gastroenterologie
 0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
 0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0790 = Gastroenterologie
 0791 = Gastroenterologie
 0792 = Gastroenterologie
 0800 = Pneumologie
 0890 = Pneumologie
 0891 = Pneumologie
 0892 = Pneumologie
 0900 = Rheumatologie
 0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 0990 = Rheumatologie
 0991 = Rheumatologie
 0992 = Rheumatologie

1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie
1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie
1591 = Allgemeine Chirurgie
1592 = Allgemeine Chirurgie
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin

2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie

- 3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - 3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - 3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
 - 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
 - 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
 - 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
 - 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
 - 3200 = Nuklearmedizin
 - 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
 - 3290 = Nuklearmedizin
 - 3291 = Nuklearmedizin
 - 3292 = Nuklearmedizin
 - 3300 = Strahlenheilkunde
 - 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 - 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
 - 3390 = Strahlenheilkunde
 - 3391 = Strahlenheilkunde
 - 3392 = Strahlenheilkunde
 - 3400 = Dermatologie
 - 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 - 3490 = Dermatologie
 - 3491 = Dermatologie
 - 3492 = Dermatologie
 - 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 - 3600 = Intensivmedizin
 - 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
 - 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
 - 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
 - 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
 - 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 - 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
 - 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
 - 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 - 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
 - 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 - 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
 - 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
 - 3690 = Intensivmedizin
 - 3691 = Intensivmedizin
 - 3692 = Intensivmedizin
 - 3700 = sonstige Fachabteilung
 - 3750 = Angiologie
 - 3751 = Radiologie
 - 3752 = Palliativmedizin
 - 3753 = Schmerztherapie
 - 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
 - 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
 - 3756 = Suchtmedizin
 - 3757 = Visceralchirurgie
 - 3790 = Sonstige Fachabteilung
 - 3791 = Sonstige Fachabteilung
 - 3792 = Sonstige Fachabteilung
- Schlüssel 2**
- 0101 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall
 - 0102 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
 - 0103 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)

- 0104 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0105 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei
0106 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten- Leiden/BVG-Leiden
0107 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall
0121 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
0122 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
Kostenträgerwechsel
0123 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
X) Kostenträgerwechsel
0124 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt,
Kostenträgerwechsel
0125 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, Kostenträgerwechsel
0126 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden,
Kostenträgerwechsel
0127 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
0141 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Normalfall, IV
0142 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), IV
0143 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0144 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0145 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, frei, IV
0146 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0147 = Krankenhausbehandlung, vollstationär, Notfall, IV
0201 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Normalfall
0202 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V)
0203 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X)
0204 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis
auf Einwirkung von äußerer Gewalt
0205 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei
0206 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
0207 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall
0221 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Normalfall, Kostenträgerwechsel
0222 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
0223 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), Kostenträgerwechsel
0224 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis
auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
0225 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei,
Kostenträgerwechsel
0226 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
0227 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall,
Kostenträgerwechsel
0241 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Normalfall, IV
0242 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
0243 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. §116 SGB X), IV
0244 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Hinweis
auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
0245 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, frei, IV
0246 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung,
Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
0247 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung, Notfall,
IV
0301 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall
0302 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
0303 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)

- 0304 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0305 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei
- 0306 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0307 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall
- 0321 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0322 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0323 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0324 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0325 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, Kostenträgerwechsel
- 0326 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0327 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0341 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Normalfall, IV
- 0342 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0343 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
- 0344 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0345 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, frei, IV
- 0346 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0347 = Krankenhausbehandlung, teilstationär, Notfall, IV
- 0401 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall
- 0402 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 0403 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 0404 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0405 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei
- 0406 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0407 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall
- 0421 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0422 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0423 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0424 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0425 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, Kostenträgerwechsel
- 0426 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0427 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0441 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Normalfall, IV
- 0442 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0443 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
- 0444 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0445 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, frei, IV
- 0446 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0447 = vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung, Notfall, IV
- 0501 = Stationäre Entbindung, Normalfall
- 0502 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 0503 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 0504 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0505 = Stationäre Entbindung, frei
- 0506 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0507 = Stationäre Entbindung, Notfall

- 0521 = Stationäre Entbindung, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0522 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0523 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0524 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0525 = Stationäre Entbindung, frei, Kostenträgerwechsel
- 0526 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0527 = Stationäre Entbindung, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0541 = Stationäre Entbindung, Normalfall, IV
- 0542 = Stationäre Entbindung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0543 = Stationäre Entbindung, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
- 0544 = Stationäre Entbindung, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0545 = Stationäre Entbindung, frei, IV
- 0546 = Stationäre Entbindung, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0547 = Stationäre Entbindung, Notfall, IV
- 0601 = Geburt, Normalfall
- 0602 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 0603 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 0604 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0605 = Geburt, frei
- 0606 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0607 = Geburt, Notfall
- 0621 = Geburt, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0622 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0623 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0624 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0625 = Geburt, frei, Kostenträgerwechsel
- 0626 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0627 = Geburt, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0641 = Geburt, Normalfall, IV
- 0642 = Geburt, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0643 = Geburt, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
- 0644 = Geburt, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
- 0645 = Geburt, frei, IV
- 0646 = Geburt, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
- 0647 = Geburt, Notfall, IV
- 0701 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall
- 0702 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
- 0703 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
- 0704 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
- 0705 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei
- 0706 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
- 0707 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall
- 0721 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, Kostenträgerwechsel
- 0722 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
- 0723 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
- 0724 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
- 0725 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, Kostenträgerwechsel
- 0726 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
- 0727 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, Kostenträgerwechsel
- 0741 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Normalfall, IV
- 0742 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
- 0743 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
- 0744 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Hinweis auf Einwirkung

- von äußerer Gewalt, IV
 0745 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, frei, IV
 0746 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
 0747 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003, Notfall, IV
 0801 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall
 0802 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
 0803 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X)
 0804 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt
 0805 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei
 0806 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden
 0807 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall
 0821 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, Kostenträgerwechsel
 0822 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), Kostenträgerwechsel
 0823 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), Kostenträgerwechsel
 0824 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, Kostenträgerwechsel
 0825 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, Kostenträgerwechsel
 0826 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, Kostenträgerwechsel
 0827 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, Kostenträgerwechsel
 0841 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Normalfall, IV
 0842 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V), IV
 0843 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Verkehrsunfall/Sportunfall/Sonstiger Unfall (z.B. § 116 SGB X), IV
 0844 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt, IV
 0845 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, frei, IV
 0846 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Kriegsbeschädigten-Leiden/BVG-Leiden, IV
 0847 = Stationäre Aufnahme zur Organentnahme, Notfall, IV

Schlüssel 3

Entlassungsgrund

- 1 = Behandlung regulär beendet
 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 7 = Tod
 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
 11 = Entlassung in ein Hospiz
 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)