



Ausfuellhinweise Knieendoprothesenversorgung (KEP)

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	Intstitutionskennzeichen	-	<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 Krankenhaus	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 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2015 bis zum 20.01.2015 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2015, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2015</p>
9	Aufnahmegrund	siehe Schlüssel 2	-
10	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
11	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-

Präoperative Befunde

12	Gehstrecke	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 mindesten 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
13	Gehhilfen	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme.
Zeile Bezeichnung		Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Eingriff

14	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Hier ist anzugeben, um den wievielten operativen Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Knieendoprothesenversorgung dokumentationspflichtig sind.
15	zu operierende Seite	1 = rechts 2 = links	-

Präoperative Befunde

16	Liegt eine Gonarthrose vor?	0 = nein 1 = primäre Gonarthrose 2 = sekundäre Gonarthrose	Die primäre Gonarthrose (unklare Ursache) wird von einer sekundären Gonarthrose z. B. bei Achsfehlstellungen, nach Traumen (intraartikuläre Frakturen, Bandverletzungen, Meniskusschäden, Knorpelkontusionen), nach Entzündungen, nach aseptischen Knochennekrosen, bei metabolischen oder endokrinen Erkrankungen oder Hämophilie unterschieden. (G. Weseloh, B. Swoboda; Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.)
17	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?	0 = nein 1 = schweres Valgusknie 2 = schweres Varusknie	Ein schweres Valgus- bzw. Varusknie meint hier eine Achsabweichung von mindestens 3°.
18	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

			<p>erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchortenaneurysma) [...]"</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
19	Wundkontaminationsklassifikation	<p>1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe</p>	<p>Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien</p> <p>1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. 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 nichteitrigte 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 florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>

Operation

20	Art des Eingriffs	<p>1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels</p>	-
21	perioperative Antibiotikaphylaxe	<p>0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter</p>	<p>Die Verwendung von antibiotikahaltigem Zement ist hier nicht anzugeben.</p> <p>Hier ist nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben,</p>

			die bei Vorliegen/ nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.
22	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.
23	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 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. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-822.10 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-822.10:R, 5-822.10:L oder 5-822.10:B. Die Dokumentation des Codes 5-822.10 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach 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.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Knieendoprothesen-Erstimplantation (E)

Knieendoprothesenerstimplantation

Anzahl der Eingriffe

24	Wievielte Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Erstimplantation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
----	--	--	--

Voroperation


25	Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah	0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Arthroskopien) an den gelenkbildenden (mit oder ohne Arthrotomie) sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Kniegelenks.
----	---	--------------------	---

Präoperative Schmerzanamnese

26	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

27	Osteophyten	0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	<p>Röntgen-Beispiele</p> <p>Osteophyten</p> <p>0 = keine</p>  <p>1 = eindeutige Osteophyten</p>  <p>1 = eindeutig, große</p>
----	-------------	--	---

 große Osteophyten

28 Gelenkspalt

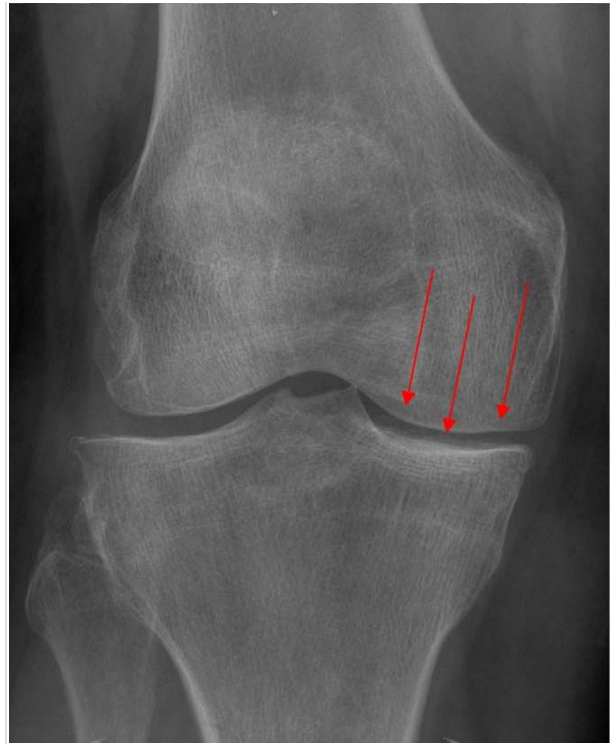
0 = nicht oder mäßig verschmälert
1 = häftig verschmälert
2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben

Röntgen-Beispiele**Gelenkspalt**
bei Belastungsaufnahmen

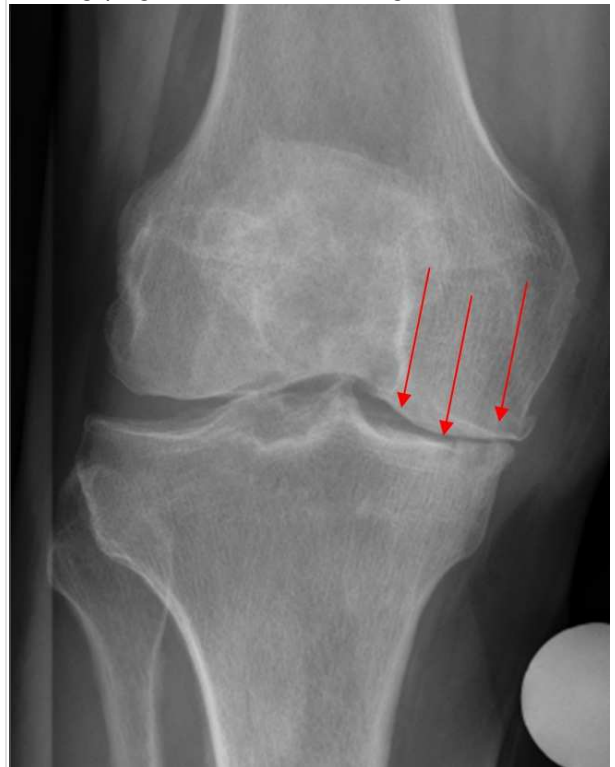
0 = nicht oder mäßig verschmälert



1 = häftig verschmälert



2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben



29 Sklerose

0 = keine Sklerose
 1 = mäßige subchondrale Sklerose
 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose
 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella

Röntgen-Beispiele

Sklerose

0 = keine Sklerose



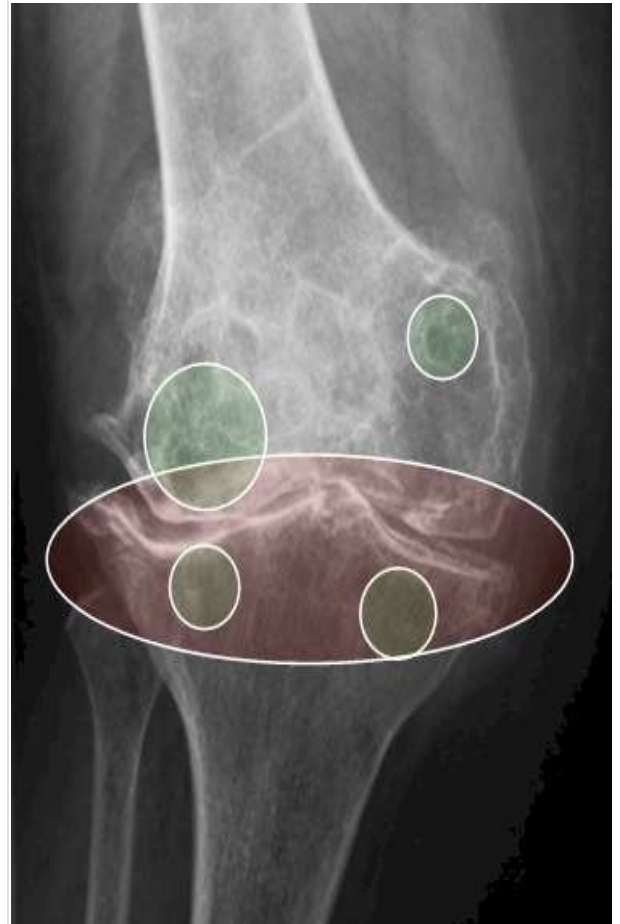
1 = mäßige Sklerose



2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose



3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella



30

Deformierung

0 = keine Deformierung
 1 = Entrundung der Femurkondylen
 2 = ausgeprägte Destruktion,
 Deformierung

Röntgenbeispiele

Deformierung

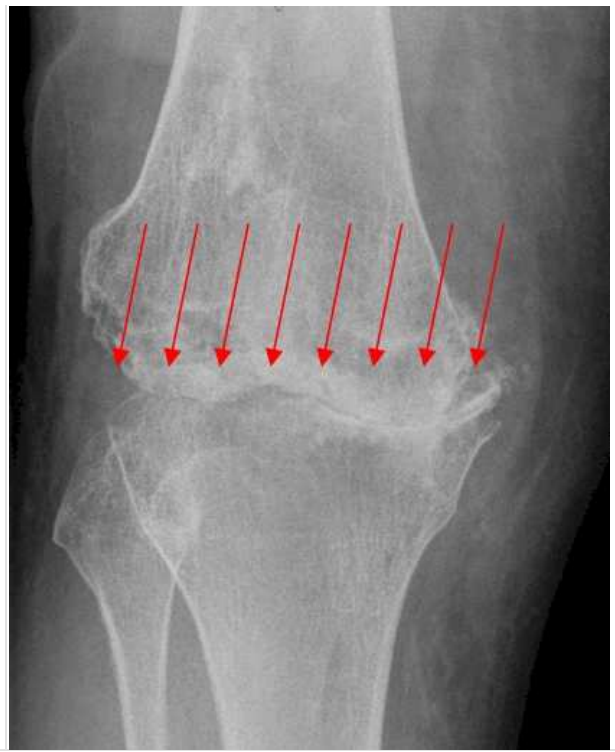
0 = keine Deformierung



1 = Entrundung der Femurkondylen



2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung



Implantation einer Kniegelenkprothese

31	Ist die Implantation einer Kniegelenkprothese vorgesehen?	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---

wenn Feld 31 = 1

32	Übrige Gelenkkompartimente intakt	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt. Die Intaktheit eines Gelenkkompartiments ist dann gegeben, wenn sich als Ergebnis entsprechender diagnostischer Maßnahmen (z.B. Röntgendiagnostik, intraoperative Befundvalidierung) der Gelenkspalt der nicht betroffenen Kompartimente regelhaft darstellt.
----	-----------------------------------	--------------------	---

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen

33	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Gelenks vor?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematoses, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
----	--	--------------------	--

wenn Feld 33 = 1

34	Erosive Gelenkerstörung (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 Gelenkerstörung 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 Grad 4 = schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5 = Mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche
----	--	--	--

			Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich (Rau R, Wassenberg S.: Scoringmethoden bei der rheumatoiden Arthritis. In: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (ed.). Bildgebende Verfahren in der Rheumatologie. Steinkopff 2007:27-46)
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Anzahl der Eingriffe

35	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Wechseloperation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
36	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.

Präoperative Schmerzanamnese

37	Schmerzen	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium Schmerz 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.
-----------	-----------	--	---

Erreger-/ Infektionsnachweis

38	positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn positive Entzündungszeichen im Labor gemäß entsprechender Diagnostik (BSG, CRP, Leukozyten) vorliegen. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperativ Schmerzausmaß des Ersteingriffs/Explantation anzugeben.
39	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.
40	histopathologische(r) Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abrieinduzierter 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. Abrieinduzierter 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. Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile 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

41	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 41 = 1			
42	Implantatbruch	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
43	Abrieb/Defekt des PE-Inlays	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
44	Implantatfehlage/Malrotation	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45	Implantatwanderung	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
46	Lockerung der Femur-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
47	Lockerung der Tibia-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
48	Lockerung der Patella-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
49	Substanzverlust Femur	1 = ja	-
50	Substanzverlust Tibia	1 = ja	-
51	periprothetische Fraktur	1 = ja	-
52	Prothesen(sub)luxation	1 = ja	Hier sind auch (rezidivierende = mindestens 2-mal aufgetretene) Prothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
53	Instabilität der Seitenbänder	1 = ja	-
54	Instabilität des hinteren Kreuzbandes	1 = ja	-
55	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	1 = ja	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese
56	Patellaneekrose	1 = ja	-
57	Patellaluxation	1 = ja	-
58	Patellaschmerz	1 = ja	-
59	Sonstige	1 = ja	-
Zeile Bezeichnung		Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

Intra- und postoperativer Verlauf

60	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 60 = 1			

61	primäre Implantatfehlage	1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation oder sonstige Behandlung (z.B. Orthese) einer Varus-, bzw. Valgusfehlstellung notwendig macht.
62	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. Inlay-Lockerung
63	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	1 = ja	-
64	Patellafehlstellung	1 = ja	Subluxation oder Luxation der Patella
65	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.
66	OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Zu den Interventionen zählt die Gabe von Blutpräparaten.
67	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	Der Begriff Nervenschaden wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist und bei Entlassung persistiert. Für diese Komplikation erfolgt eine Erfassung danach, ob Patienten mit oder ohne Schmerzkatheter versorgt wurden.
68	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.
69	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 <u>A 1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</u> 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 oberflächlichen Inzision. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <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: 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht

			<p>aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.</p> <p>2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat:</p> <p>Fieber (> 38 °C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit.</p> <p>Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>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.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p><u>A 3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</u></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <p>2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</p> <p>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.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p><i>1 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).</p>
70	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71	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.
72	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	1 = ja	-
73	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	1 = ja	-
74	Fraktur der Patella	1 = ja	-
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	Zu dokumentieren sind alle behandlungsbedürftigen Komplikationen.
----	---	--------------------	---

wenn Feld 78 = 1

79	Pneumonie	1 = ja	-
----	-----------	--------	---

80	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen	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-/Beckenvenenthrombose	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	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.
----	--	--------	---

Postoperativer Bewegungsumfang

85	Bewegungsausmaß aktiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite)	0 = nein 1 = ja	Neutral-0-Methode* <ul style="list-style-type: none"> • 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung • 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) • 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion (aktiv) 10° / 0° / 150° Beispiel für ein Streckdefizit: 0° / 5° / 140° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTRDokumentierung, 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 85 = 1

86	Extension/Flexion 1 bei Entlassung (betroffene Seite)	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutrall-Null- Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 10 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
87	Extension/Flexion 2 bei Entlassung (betroffene Seite)	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutrall-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
88	Extension/Flexion 3 bei Entlassung (betroffene Seite)	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutrall-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.

Gefähigkeit bei Entlassung

89	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 gefähig 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.
90	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.

Entlassung

91	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beinander liegenden stationären Aufhalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2015 bis zum 10.01.2015 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2015 bis zum 20.1.2015 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2015, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2015
92	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 3 Format: § 301-Vereinbarung	-
93	Entlassungsdiagnosen (ICD-10-GM)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmezeitpunkt (Krankenhaus) 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 BPfLV 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/Nachtambulanz (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/Nachtambulanz (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 = Wirbelsäulen Chirurgie
 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) 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)