

**Modul 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Änderungen 2015 zu 2016**

Stand: November 2015

V06

Auslösekriterien	KEINE Änderungen in den Auslösekriterien Die <u>osteosynthetische</u> Versorgung einer tumorbedingten Hüftfraktur / Femurfraktur ist mit einem MDS zu dokumentieren.		
QS-Datensatz 2015	QS-Datensatz 2016		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2015	Änderung/Ergänzung	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Basisdokumentation			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.
2 (Entlassender Standort)	redaktionelle Änderung	2 (entlassender Standort)	Seit 2014 wird in Anlehnung an die Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in allen Leistungsbereichen ein Feld zum Standort eingeführt. Um eine einheitliche Operationalisierung zwischen den unterschiedlichen Regelkreisen sicherzustellen, werden sowohl das Feld „Entlassender Standort“ als auch der Ausfüllhinweis dem §21 KHEntG entnommen: 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. 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 KHEntG 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 einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	3 (Betriebsstätten-Nummer)	Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional (Kannfeld) und darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4 (Fachabteilung nach § 301)	=	4 (Fachabteilung nach § 301)	
5 (Pat.-ID)	=	5 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	6 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	=	7 (Geschlecht)	
8 (Aufnahmedatum KH)	=	8 (Aufnahmedatum KH)	
9 (Aufnahmezeitpunkt KH)	=	9 (Aufnahmezeitpunkt KH)	
10 (Frakturereignis)	=	10 (Frakturereignis)	Als Grund für die akutstationäre Aufnahme gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/Weiterbehandlungen zu einem ungeplanten Folgeeingriff geführt haben.
11 (Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akutstationären Aufenthaltes))	=	11 (Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akutstationären Aufenthaltes))	[Datum des krankenhausinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während eines akut-stationären Aufenthaltes gestürzt ist.]
12 (Zeitpunkt der Fraktur (hh:mm))	=	12 (Zeitpunkt der Fraktur (hh:mm))	[Zeitpunkt des krankenhausinternen Unfallgeschehens]

Anamnese/Diagnostik			
13 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	=	13 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	<p>Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA).</p> <p>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) [...]“</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
14 (Wundkontaminationsklassifikation)	=	14 (Wundkontaminationsklassifikation)	
15 (Frakturlokalisation)	=	15 (Frakturlokalisation)	
16 (Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden)	=	16 (Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden)	
17 (vorbestehende Koxarthrose)	=	17 (vorbestehende Koxarthrose)	
18 (Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen)	=	18 (Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen)	
19 (Art der Medikation)	=	19 (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)
	neu	20 (Gehstrecke (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 mindesten 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
	neu	21 (Gehhilfen (vor der Fraktur))	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig Bezug bei Patienten mit hüftgelenknahe Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.

Operation			
20 (OP-Datum)	=	22 (OP-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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.]
21 (Uhrzeit OP-Beginn (Schnitt erfolgte um))	=	23 (Uhrzeit OP-Beginn (Schnitt erfolgte um))	[Es wird die Schnittzeit als OP Beginn dokumentiert]
22 (Operation)	=	24 (Operation)	
23 (Dauer des Eingriffs)	=	25 (Dauer des Eingriffs)	
24 (Perioperative Antibiotikaprophylaxe)	=	26 (Perioperative Antibiotikaprophylaxe)	[Nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben ist einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben, die bei Vorliegen / nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.]
25 (Operationsverfahren)	=	27 (Operationsverfahren)	
Intra- und postoperativer Verlauf			
26 (Postoperatives Röntgenbild a/p)	=	28 (Postoperatives Röntgenbild a/p)	
27 (Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein)	=	29 (Postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein)	
28 (Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en))	=	30 (Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en))	
29 (Implantatfehlage)	=	31 (Implantatfehlage)	
30 (Implantatdislokation)	=	32 (Implantatdislokation)	
31 (Wundhämatom/Nachblutung)	=	33 (Wundhämatom/Nachblutung)	
32 (Gefäßläsion)	=	34 (Gefäßläsion)	
33 (Nervenschaden)	=	35 (Nervenschaden)	
34 (Fraktur)	=	36 (Fraktur)	[Zu dokumentieren sind alle Frakturen (auch als Sturzfolge). Auch sind alle operativ behandlungsbedürftigen Fissuren hier zu dokumentieren.]
35 (sonstige)	=	37 (sonstige)	
36 (Postoperative Wundinfektion)	=	38 (Postoperative Wundinfektion)	
37 (CDC-Klassifikation)	=	39 (CDC-Klassifikation)	
38 (Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich)	=	40 (Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich)	[Reoperationen sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs während des gleichen stationären Aufenthaltes. Gemeint sind sämtliche Reoperationen. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms]
39 (Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en))	=	41 (Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en))	
40 (Pneumonie)	=	42 (Pneumonie)	
41 (kardiovaskuläre Komplikation(en))	=	43 (kardiovaskuläre Komplikation(en))	
42 (tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	=	44 (tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	
43 (Lungenembolie)	=	45 (Lungenembolie)	
44 (sonstige)	=	46 (sonstige)	
Entlassung			
wenn Feld 51 <> 7	entfällt		
	entfällt		
45 (Selbstständiges Gehen bei Entlassung möglich)	neu	47 (Gehstrecke bei Entlassung)	Schlüssel: 1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil 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 Indicators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.

46 (War der Patient vor der Fraktur selbstständig gehfähig?)	entfällt		
	neu	48 (Gehhilfen bei Entlassung)	Schlüssel: 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
wenn Feld 51 <> 7 47 (Selbstständige Versorgung in der täglichen Hygiene bei Entlassung möglich)	entfällt		
48 (War der Patient vor der Fraktur selbstständig in der täglichen Hygiene?)	entfällt		
49 (Entlassungsdatum KH)	=	49 (Entlassungsdatum KH)	
50 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	=	50 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	
51 (Entlassungsgrund nach § 301)	Schlüsseländerung: 2stellige Schlüsselzahlen, statt "1 =..." jetzt "01 =..."	51 (Entlassungsgrund nach § 301)	