

Auslösekriterien			
QS-Datensatz 2015		QS-Datensatz 2016	
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2015	Änderung/Ergänzung	Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
BASIS			
<i>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	=	1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	
Patientenidentifizierende Daten			
2 (eGK-Versichertennummer)	=	2 (eGK-Versichertennummer)	
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
3 (Institutionskennzeichen)	=	3 (Institutionskennzeichen)	
4 (Entlassender Standort)	=	4 (Entlassender Standort)	
5 (Betriebsstätten-Nummer)	=	5 (Betriebsstätten-Nummer)	
6 (Fachabteilung nach § 301)	=	6 (Fachabteilung nach § 301)	
Patient			
7 (einrichtungsinterne Pat.-ID)	=	7 (einrichtungsinterne Pat.-ID)	
8 (Aufnahmedatum)	=	8 (Aufnahmedatum)	
9 (Aufnahmeuhrzeit)	=	9 (Aufnahmeuhrzeit)	
10 (Aufnahmegrund) nach §301-Vereinbarung	Schlüsselanpassung: 01 = Krankenhaus-behandlung, vollstationär 02 = Krankenhaus-behandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme	10 (Aufnahmegrund) nach §301-Vereinbarung	<Anmerkung GeQik:Kürzung auf 2-stellig>
11 (Geburtsdatum)	=	11 (Geburtsdatum)	
12 (Geschlecht)	=	12 (Geschlecht)	
Präoperative Anamnese			
	Achtung: Die Reihenfolge der nächsten 2 Felder wurde getauscht und damit analog zum Bogen "KEP" angepasst !!!		
13 (Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	wird zu Feld 14		
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	=	13 (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	
	vorher Feld 13	14 (Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Gehstöcke sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
PROZEDUR			
<i>Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
Prozedur			
Eingriff			
15 (Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?)	=	15 (Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?)	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)	=	16 (Zu operierende Seite)	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.

Präoperative Befunde			
17 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	=	17 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	<p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 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) [...]“</p>
18 (Wundkontaminationsklassifikation)	=	18 (Wundkontaminationsklassifikation)	<p>Inhaltlich keine Änderung zum Vorjahr</p> <p>Präoperative Wundkontamination nach CDC– Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: <Anmerkung GeQIK: in der Knie-/Hüftendoprothetik handelt es sich grundsätzlich um aseptische Eingriffe; Ausnahmen s. unten> 2 = bedingt aseptische Eingriffe: 3 = kontaminierte Eingriffe: 4 = septische Eingriffe: <diese Kontaminationsklasse ist zu vergeben, falls sich im Rahmen eine präop. Erregerdiagnostik, z. B. mittels Punktion, ein positiver Keimnachweis ergibt und wenn im INTROPERATVEN Abstrich eine Keimbesiedelung nachgewiesen werden kann></p> <p>(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	=	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)	=	20 (Datum des Eingriffs)	
21 (Beginn des Eingriffs)	=	21 (Beginn des Eingriffs)	Als OP-Beginn ist die Schnittzeit zu dokumentieren.
	neu	22 (Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit))	
22 (Prozedur(en) (OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe))		23 (Prozedur(en) (OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe))	
Perioperatives Management			
23 (Perioperative Antibiotikaprophylaxe)	=	24 (Perioperative Antibiotikaprophylaxe)	
HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Anzahl der Eingriffe			
24 (Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur inkl. periprothetische Fraktur während dieses Aufenthaltes?)	Fehlerkorrektur	25 (Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur inkl. periprothetische Fraktur während dieses Aufenthaltes?)	
Anamnese			
25 (Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)	=	26 (Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)	
26 (Vorbestehende Koxarthrose)	=	27 (Vorbestehende Koxarthrose)	

27 (Frakturereignis) 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	=	28 (Frakturereignis) 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	Als "Grund für die akut-stationäre Aufnahme" gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/Wweiterbehandlungen zu einer ungeplanten mit Folgeeingriff geführt haben. <GeQik: Bsp.: Instabile Situation nach prim. Osteosynthetischer Versorgung => Aufnahme zur KEP>
28 (Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes))	=	29 (Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes))	
29 (Zeitpunkt der Fraktur)	=	30 (Zeitpunkt der Fraktur)	
30 (Frakturlokalisation) 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	=	31 (Frakturlokalisation) 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	
31 (Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden) 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	=	32 (Hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden) 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	
32 (Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen)	=	33 (Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen)	
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)	=	34 (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)	
ELEKTIVE HÜFTENDOPROTHESENERSTIMPLANTATION			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation			
Anzahl der Eingriffe			
34 (Wievielte elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes)	redaktionelle Änderung	35 (Wievielte elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes)	
Anamnese			
35 (Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)	=	36 (Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah)	
36 (Schmerzen)	=	37 (Schmerzen)	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.
Präoperativer Bewegungsumfang			
	neu	38 (Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt)	
	neu	39 (Extension/Flexion 1)	
	neu	40 (Extension/Flexion 2)	
	neu	41 (Extension/Flexion 3)	
	neu	42 (Ab-/Adduktion 1)	
	neu	43 (Ab-/Adduktion 2)	
	neu	44 (Ab-/Adduktion 3)	
	neu	45 (Außen-/Innenrotation 1)	
	neu	46 (Außen-/Innenrotation 2)	
	neu	47 (Außen-/Innenrotation 3)	
Modifizierter Kellgren & Lawrence Score			
37 (Osteophyten) 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	=	48 (Osteophyten) 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	
38 (Gelenkspalt) 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	=	49 (Gelenkspalt) 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	
39 (Sklerose) 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	=	50 (Sklerose) 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	
40 (Deformierung) 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	=	51 (Deformierung) 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	

Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
41 (Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Seite vor?)	=	52 (Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des betroffenen Seite vor?)	<Anmerkung GeQiK: Bei KEP ist der Ausfüllhinweis folgendermaßen ergänzt, was auch hier angebracht sein dürfte: "Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.">
42 (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	=	53 (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	
WECHSEL			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
Wechsel			
Anzahl der Eingriffe			
43 (Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?)		54 (Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?)	
44 (Zweizeitiger Wechsel)	entfällt		
Anamnese / Diagnostik			
45 (Schmerzen) 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	=	55 (Schmerzen) 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	
Entzündungszeichen / Erreger-/ Infektionsnachweis			
46 (Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten))	=	56 (Positive Entzündungszeichen im Labor vor Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten))	
47 (Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation)	=	57 (Mikrobiologische Untersuchung vor Prothesenexplantation)	
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)	=	58 (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)	
Röntgendiagnostik / klinische Befunde			
49 (Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?)	=	59 (Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor?)	Klarstellung :Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben.
50 (Implantatbruch)	=	60 (Implantatbruch)	
51 (Implantatabrieb/-verschleiß)	=	61 (Implantatabrieb/-verschleiß)	
52 (Implantatfehlage der Pfanne)	=	62 (Implantatfehlage der Pfanne)	
53 (Implantatfehlage des Schafts)	=	63 (Implantatfehlage des Schafts)	
54 (Lockerung der Pfannenkomponente)	=	64 (Lockerung der Pfannenkomponente)	
55 (Lockerung der Schaftkomponente)	=	65 (Lockerung der Schaftkomponente)	
56 (Osteolyse der Pfanne)	=	66 (Osteolyse der Pfanne)	
57 (Osteolyse des Femurs)	=	67 (Osteolyse des Femurs)	
58 (Periprothetische Fraktur)	=	68 (Periprothetische Fraktur)	
59 ((Rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation)	=	69 ((Rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation)	
60 (Großer Knochendefekt Pfanne)	=	70 (Großer Knochendefekt Pfanne)	
61 (Großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors))	=	71 (Großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors))	
62 (Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation)	=	72 (Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation)	
63 (Periartikuläre Ossifikation)	=	73 (Periartikuläre Ossifikation)	

PROZEDUR			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
64 (Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?)	=	74 (Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?)	<Anmerkungen der GeQIK: - bei zweizeitigen Wechseln sind hier auch Komplikationen nach der vorausgehenden Explantation anzugeben, sofern diese in gleichen KH erfolgt ist>
65 (Primäre Implantatfehlage)	=	75 (Primäre Implantatfehlage)	
66 (Sekundäre Implantatdislokation)	=	76 (Sekundäre Implantatdislokation)	
67 (Offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation)	=	77 (Offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation)	
68 (OP-, oder interventionsbedürftige(s) Wundhämatom/Nachblutung)	=	78 (OP- oder interventionsbedürftige/s Wundhämatom/Nachblutung)	
69 (OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion)	=	79 (OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion) 1 = ja	
70 (Bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden)	=	80 (Bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden)	
71 (Periprothetische Fraktur)	=	81 (Periprothetische Fraktur)	
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)	=	82 (Postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition)) 1 = CDC A1 (oberflächliche Infektion) 2 = CDC A2 (postoperative tiefe Infektion) 3 = CDC A3 (Organe/Körperhöhle im OP Gebiet)	
73 (Reoperationspflichtige Wunddehiszenz)	=	83 (reoperationspflichtige Wunddehiszenz)	
74 (Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder)	=	84 (reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder)	
75 (Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen)	=	85 (Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen)	
76 (Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen)	=	86 (Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen)	
Weitere Prozeduren			
77 (Wurden weitere endoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?)	=	87 (Wurden weitere endoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?)	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Basisdokumentation			
Intra- und postoperativer Verlauf			
78 (Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?)	=	88 (Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?)	
79 (Pneumonie)	=	89 (Pneumonie)	<Anmerkung GeQIK: gemäß CDC-Kriterien>
80 (Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen)	=	90 (Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikationen)	
81 (Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	=	91 (Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	
82 (Lungenembolie)	=	92 (Lungenembolie)	
83 (Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion)	=	93 (Postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion)	<Anmerkung GeQIK nach Auskunft AQUA-Institut:> „Dabei zählt eine Harnwegsinfektion als HWK- assoziiert, wenn innerhalb der letzten 48 Stunden vor Abnahme der Urinprobe ein Harnwegkatheter gelegen hat bzw. noch liegt.“ http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/stations-kiss/
84 (Apoplex)	=	94 (Apoplex)	
85 (Akute gastrointestinale Blutung)	=	95 (Akute gastrointestinale Blutung)	
86 (Akute Niereninsuffizienz)	=	96 (Akute Niereninsuffizienz)	
87 (Neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades), alle Lokalisationen)	=	97 (Neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades), alle Lokalisationen)	
88 (Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen)	=	98 (Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen)	

Präventionsmaßnahmen			
89 (Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe))	=	99 (Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe))	
90 (Wurden Präventionsmaßnahmen ergriffen? (s. auch Pflegedokumentation))	=	100 (Wurden Präventionsmaßnahmen ergriffen? (s. auch Pflegedokumentation))	
91 (Patient hat Gehtraining erhalten)	=	101 (Patient hat Gehtraining erhalten)	
92 (Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert)	=	102 (Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert)	
93 (Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst)	=	103 (Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst)	geändert: Sowohl die Anzahl der Medikamente sowie auch die Einnahme von psychotropen Medikationen wie beispielsweise Benzodiazepinen, Sedativa, Medikamenten (insbesondere Antidepressiva, Neuroleptika und Hypnotika erhöhen sowie sedierend bzw. angstlösend wirkende Medikamente) können sich auf das Sturzrisiko des Patienten. Diese Medikationen sollten, wenn möglich reduziert oder sogar abgesetzt werden. Im weiteren Sinne fällt unter die Anpassung der auswirken. Gemäß dem DNQP Expertenstandard Sturzprophylaxe (2013) sollte die Medikation die Prüfung, ob der Patient ausreichend sorgfältig geprüft und die Gabe von Medikamenten mit Kalzium und Vitamin D versorgt ist und ggf. eine Neuverordnung von Präparaten oder eine Anpassung der bestehenden Medikation notwendig ist. bekannten ungünstigen Auswirkungen auf das Sturzrisiko, soweit wie klinisch gerechtfertigt, begrenzt werden.
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)	=	104 (Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potentielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt)	
Postoperativer Bewegungsumfang			
95 (Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite))	=	105 (Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt (betroffene Seite))	
96 (Extension/Flexion 1 bei Entlassung)	=	106 (Extension/Flexion 1 bei Entlassung)	
97 (Extension/Flexion 2 bei Entlassung)	=	107 (Extension/Flexion 2 bei Entlassung)	
98 (Extension/Flexion 3 bei Entlassung)	=	108 (Extension/Flexion 3 bei Entlassung)	
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	=	109 (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	
100 (Gehhilfen bei Entlassung) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	=	110 (Gehhilfen bei Entlassung) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	ergänzt: Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Gehstöcke sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
101 (Entlassungsdatum KH)	=	111 (Entlassungsdatum KH)	

102 (Entlassungsgrund nach § 301)	Formatumstellung auf 2stellige Zahlen, statt "1 =..." jetzt "01 =..."	112 (Entlassungsgrund nach § 301)	
103 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	=	113 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2017 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2016 aufgenommen worden ist.</p>