

<b>Auslösekriterien</b>	<p><b>Relevante Änderung bei den Auslösekriterien:</b>                  keine Dokumentationspflicht mehr für isolierte Inlay-Wechsel</p> <p><b>MDS:</b> Die Erstimplantation einer Knieendoprothese (Voll- oder Teilersatz) aufgrund einer kniegelenksnahen Fraktur (z. B. Fraktur des proximalen Endes der Tibia oder distale Fraktur des Femurs als akut eingetretenes traumatisches Ereignis) ist weiterhin als Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren.</p>		
<b>QS-Datensatz 2017</b>	<b>QS-Datensatz 2018</b>		<b>Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld</b>
<b>Feld-Nr. und Fragestellung</b>	<b>im Vergleich zu 2017</b>	<b>Änderung/Ergänzung</b>	
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>BASIS</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	=	1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	
	neu	<p>2 (Versichertenart)</p> <p>1 = Mitglied                      3 = Familienversicherter                      5 = Rentner und deren Familienangehörige                      9 = Auslandsversicherte</p>	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart
	neu	<p>3 (besonderer Personenkreis)</p> <p>4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger                      6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG                      7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)                      8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)                      9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte</p>	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
2 (eGK-Versichertennummer)	=	4 (eGK-Versichertennummer)	
3 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.)	inhaltliche Präzisierung	<p>5 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.)                      Dieses Feld ist nur zu befüllen, wenn der Patient nicht über eine eGK-Versichertennummer verfügt.</p>	
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>			
4 (Institutionskennzeichen)	=	6 (Institutionskennzeichen)	
5 (entlassender Standort)	=	7 (Entlassender Standort)	

	neu	8 (behandelnder Standort (OPS)) gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null €	Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.  Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.  <b>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</b>  Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.  Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.
6 (Betriebsstätten-Nummer)	=	9 (Betriebsstätten-Nummer)	
7 (Fachabteilung nach § 301)	=	10 (Fachabteilung nach § 301)	
<b>Patient</b>			
8 (einrichtungsinterne Pat.-ID)	=	11 (einrichtungsinterne Pat.-ID)	
9 (Aufnahmedatum KH)	=	12 (Aufnahmedatum KH)	
10 (Aufnahmegrund) nach §301-Vereinbarung		13 (Aufnahmegrund) nach §301-Vereinbarung	
11 (Geburtsdatum)	=	14 (Geburtsdatum)	
12 (Geschlecht)	=	15 (Geschlecht)	<b>Schlüssel:</b> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt
<b>Präoperative Anamnese</b>			
13 (Gehstrecke) 1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	<b>Schlüssel Präzisierung:</b> "1= unbegrenzt (>500m)" "2 = Gehen am Stück bis 500m möglich" "3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)" "4 = ..."	16 (Gehstrecke)	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. <b>Es gilt als gefährlich im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Bitte die Gehstrecke von mindesten 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann.</b>
14 (Gehhilfen) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	=	17 (Gehhilfen) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	
	neu	<b>Auslösende OPS-Kodes</b>	
	neu	18 (Auslösende OPS-Kodes)	Achtung: Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorbelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze. <b>&lt;Anmerkung GeQik: Hier sind alle vom QS-Filter im Rahmen des aktuellen stationären Aufenthaltes als auslösende Codes identifizierte Leistungen zu übermitteln.&gt;</b>
<b>PROZEDUR</b>			
<b>Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Prozedur</b>			
<b>Eingriff</b>			
15 (Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?)	=	19 (Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?)	
16 (Zu operierende Seite )	=	20 (Zu operierende Seite )	Entgegen den Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist. <b>&lt;Anmerkung GeQik: ...d.h., bei beidseitiger OP in einer Narkose ist ein weiterer Prozedurdatensatz anzulegen&gt;</b>

<b>Präoperative Befunde</b>			
17 (Liegt eine Gonarthrose vor?)	=	21 (Liegt eine Gonarthrose vor?)	
18 (Liegen Fehlstellungen des Knies vor?)	=	22 (Liegen Fehlstellungen des Knies vor?)	Ein schweres Valgus/Varusknie meint hier eine Achsabweichung von $\geq 10^\circ$ (bisher war die Grenze $3^\circ$ ).
19 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	=	23 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	
20 (Wundkontaminationsklassifikation)	=	24 (Wundkontaminationsklassifikation)	
<b>Operation</b>			
21 (Art des Eingriffs) 1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	=	25 (Art des Eingriffs) 1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	„elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“ Im Teildatensatz „elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dokumentiert, die einen ersten Kniegelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.  „einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ bzw. „Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels“ Im Teildatensatz „Wechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation im Teildatensatz Wechsel zu dokumentieren.  <b>Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als MDS anzulegen.</b>
22 (Datum des Eingriffs)	=	26 (Datum des Eingriffs)	
23 (Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit))	=	27 (Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit))	
24 (Prozedur(en) (OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe))	inhaltliche Präzisierung	28 (Prozedur(en) (alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. Möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe))	
<b>KNIEENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION</b>			
<b>Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden</b>			
<b>Knieendoprothesenerstimplantation</b>			
<b>Anzahl der Eingriffe</b>			
25 (Wievielte Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?)	=	29 (Wievielte Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?)	
<b>Präoperative Anamnese</b>			
26 (Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?)	=	30 (Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?)	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Arthroskopien) an den gelenkbildenden (mit oder ohne Arthrotomie) sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Kniegelenks. <b>Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.</b>
27 (Schmerzen) 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	=	31 (Schmerzen) 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	
<b>Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score</b>			
28 (Osteophyten) 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	=	32 (Osteophyten) 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	
29 (Gelenkspalt) 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = häufig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	=	33 (Gelenkspalt) 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = häufig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	
30 (Sklerose) 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	=	34 (Sklerose) 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	

31 (Deformierung) 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	=	35 (Deformierung) 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	
<b>Implantation einer Schlittenprothese</b>		<b>Implantation einer <i>unikondylären Schlittenprothese</i></b>	
32 (Wird die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?)	=	36 (Wird die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?)	
33 (Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?)	=	37 (Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?)	
<b>Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen</b>			
34 (Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?)	=	38 (Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?)	
35 (Erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)) 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	=	39 (erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)) 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	
<b>WECHSEL BZW. KOMPONENTENWECHSEL</b>			
<b>Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden</b>			
<b>Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			
<b>Anzahl der Eingriffe</b>			
36 (Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?)	=	40 (Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?)	
<b>Präoperative Anamnese</b>		Hinweis GeQik: Präoperative Befunde (Schmerz, Entzündung, Röntgen/Klinik) bei Reimplantation im Rahmen eines <b>zweizeitigen Wechsels</b> beziehen sich auf die Situation vor <b>Explantation</b> als Beginn der zwei(oder mehr-)zeitigen Wechselprozedur (wenn die Explantation nicht im eigenen Haus vorgenommen wurde).	
37 (Schmerzen vor der Prothesenexplantation)	=	41 (Schmerzen vor der Prothesenexplantation)	
<b>Erreger-/ Infektionsnachweis</b>			
38 (Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten))	=	42 (Positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten))	
39 (Mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation)  0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	=	43 (Mikrobiologische Untersuchung vor der 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. <b>Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag.</b> Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben. Hier können auch Ergebnisse von prästationär durchgeführten Gelenkpunktionen eingetragen werden.
40 (histopathologische(r) Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor der Prothesenexplantation) 0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebeinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)	entfällt		
<b>Röntgendiagnostik / Klinische Befunde</b>			
41 (Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?)	=	44 (Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?)	Hinweis GeQik: Ein zwischenzeitlich einliegender Spacer darf bei Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels nicht als röntgenologischer Befund angegeben werden.
42 (Implantatbruch)	=	45.1 (Implantatbruch)	

43 (Abrieb/Defekt des PE-Inlays)	entfällt		
44 (Implantatfehlhllage/Malrotation)	=	45.2 (Implantatfehlhllage/Malrotation)	
45 (Implantatwanderung)	=	45.3 (Implantatwanderung)	
46 (Lockerung der Femur-Komponente)	=	45.4 (Lockerung der Femur-Komponente)	
47 (Lockerung der Tibia-Komponente)	=	45.5 (Lockerung der Tibia-Komponente)	
48 (Lockerung der Patella-Komponente)	=	45.6 (Lockerung der Patella-Komponente)	
49 (Substanzverlust Femur)	=	45.7 (Substanzverlust Femur)	
50 (Substanzverlust Tibia)	=	45.8 (Substanzverlust Tibia)	
51 (periprothetische Fraktur)	=	45.9 (periprothetische Fraktur)	
52 (Endoprothesen(sub)luxation)	=	45.10 (Endoprothesen(sub)luxation)	
53 (Instabilität der Seitenbänder)	entfällt		
54 (Instabilität des hinteren Kreuzbandes)	entfällt		
	neu	45.11 (Instabilität des Gelenks)	
55 (Bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose)	=	45.12 (Bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose)	
56 (Patellaneekrose)	=	45.13 (Patellaneekrose)	
57 (Patellaluxation)	=	45.14 (Patellaluxation)	
58 (Patellaschmerz)	=	45.15 (Patellaschmerz)	
<b>PROZEDUR</b>			
<b>Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Prozedur</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
59 (Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?)	=	46 (Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?)	<Anmerkungen der GeQik: - bei zweizeitigen Wechseln sind hier auch Komplikationen nach der vorausgehenden Explantation anzugeben, sofern diese in gleichen KH erfolgt ist>
60 (Primäre Implantatfehlhllage 1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente)	=	47.1 (Primäre Implantatfehlhllage 1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente)	
61 (Sekundäre Implantatdislokation)	=	47.2 (Sekundäre Implantatdislokation)	
62 (Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes)	=	47.3 (Postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes)	
63 (Patellafehlstellung)	=	47.4 (Patellafehlstellung)	
64 (OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom)	=	47.5 (OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom)	
65 (OP-, oder interventionsbedürftige Gefäßläsion)  1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	=	47.6 (OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion)  1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	<Anmerkung GeQik: Für KEP ( im Gegensatz zu 17/1 und HEP) muss eine Gabe von Blutpräparaten hier explizit als Intervention dokumentiert werden.>
66 (Bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden)  1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	=	47.7 (Bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden)  1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	
67 (Periprothetische Fraktur)	=	47.8 (Periprothetische Fraktur)	
68 (Reoperationspflichtige Wunddehiszenz)	=	47.9 (Reoperationspflichtige Wunddehiszenz)	
69 (Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder)	=	47.10 (Reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder)	
70 (Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes)	=	47.11 (Postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes)	
71 (Ruptur der Quadrizepssehne /Ligamentum patellae)	=	47.12 (Ruptur der Quadrizepssehne /Ligamentum patellae)	
72 (Fraktur der Patella)	=	47.13 (Fraktur der Patella)	
73 (Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen)	=	47.14 (Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen)	
74 (postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC))	=	48 (postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC))	

75 (Wundinfektionstiefe (nach Definition der CDC)) 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	=	49 (Wundinfektionstiefe (nach Definition der CDC)) 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	
76 (Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen)	=	50 (Ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen)	<Anmerkung GeQiK: Hier ist jeder Folgeeingriff anzugeben, auch wenn z. B. „nur“ eine Wundrandnekrose abgetragen wurde und deshalb das Folgefeld 51 mit NEIN dokumentiert wird.>
<b>Weitere Prozeduren</b>			
77 (Wurden weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?)	=	51 (Wurden weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?)	<Anmerkung GeQiK: Auch mit JA zu dokumentieren, wenn bei beidseitiger OP in einer Narkose ein weiterer Prozedurdatensatz angelegt wird.>
<b>BASIS</b>			
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
78 ( Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?)	=	52 ( Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?)	
79 (Pneumonie (CDC Kriterien))	=	53.1 (Pneumonie (CDC Kriterien))	
80 (Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en))	=	53.2 (Behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en))	
81 (Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	=	53.3 (Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	
82 (Lungenembolie)	=	53.4 (Lungenembolie)	
83 (Katheterassoziierte Harnwegsinfektion)	=	53.5 (Katheterassoziierte Harnwegsinfektion)	<Anmerkung GeQiK nach Auskunft AQUA-Institut 2015:> „Dabei zählt eine Harnwegsinfektion als HWK-assoziiert, wenn innerhalb der letzten 48 Stunden vor Abnahme der Urinprobe ein Harnwegkatheter gelegen hat bzw. noch liegt.“ <a href="http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/stations-kiss/">http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/stations-kiss/</a>
84 (Schlaganfall)	=	53.6 (Schlaganfall)	
85 (Akute gastrointestinale Blutung)	=	53.7 (Akute gastrointestinale Blutung)	
86 (Akute Niereninsuffizienz)	=	53.8 (Akute Niereninsuffizienz)	
87 (Neu aufgetretener Dekubitus ((ab 2. Grades), alle Lokalisationen))	entfällt		<Anmerkung GeQiK: Die Angabe eines eingetretenen Druckgeschwürs als Komplikation muss in der Kategorie „sonstige“ jedoch erfolgen!>
88 (Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen)	=	53.9 (Sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen)	<Anmerkung GeQiK: Hier sind z. B. auch nicht katheterassoziierte Harnwegsinfektionen anzugeben>
<b>Postoperativer Bewegungsumfang</b>			
89 (Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?)	=	54 (Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?)	
90 (Extension/Flexion 1 bei Entlassung)	=	55 (Extension/Flexion 1 bei Entlassung)	
91 (Extension/Flexion 2 bei Entlassung)	=	56 (Extension/Flexion 2 bei Entlassung)	
92 (Extension/Flexion 3 bei Entlassung)	=	57 (Extension/Flexion 3 bei Entlassung)	
<b>Gefähigkeit bei Entlassung</b>			
93 (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	<b>Schlüssel Präzisierung:</b> "1= unbegrenzt (>500m)" "2 = Gehen am Stück bis 500m möglich" "3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)" "4 = ..."	58 (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	
94 (Gehhilfen bei Entlassung) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	=	59 (Gehhilfen bei Entlassung) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	
<b>Entlassung Krankenhaus</b>			
95 (Entlassungsdatum KH)	=	60 (Entlassungsdatum KH)	
96 (Entlassungsgrund nach § 301)	=	61 (Entlassungsgrund nach § 301)	

97 (Entlassungsdiagnos(en) ICD-10-GM)	inhaltliche Präzisierung, auf dreißig Eingabefelder erweitert, statt acht	62 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistungen stehen))	
---------------------------------------	---	---	--