

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG) Hüft- und Knieendoprothetik (HK)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



1. Messung

☐ Interventionsmessung

☐ Vergleichsmessung

☐ Nullwertmessung

2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV - - -

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

4. Pseudonym

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Fallliste zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientenpseudonym zugewiesen.

5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

. .

6. Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

☐ unbestimmt

7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte

nach ARGE-IK

8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG) Hüft- und Knieendoprothetik (HK)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



9. Standortkennzeichen des entlassenden Standorts

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hinweis: Ab der Einführung (01.01.2020) der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V

10. Behandelnde Fachabteilung

nach § 301-Vereinbarung

--

11. Aufnahmedatum Krankenhaus

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

12. Aufnahmediagnose

nach ICD-10-GM

ICD-10-GM S

			.			:	
--	--	--	---	--	--	---	--

optionale Angabe der Seitigkeit (S):

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG) Hüft- und Knieendoprothetik (HK)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



13. Entlassungsdatum Krankenhaus

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

14. Entlassungsgrund

nach § 301-Vereinbarung

--

15. Entlassungsdiagnosen

nach ICD-10-GM

optionale Angabe der Seitigkeit (S):

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

Hauptdiagnose

ICD-10-GM				S		
			.		:	

Nebendiagnosen (Reihenfolge analog zur Datenübermittlung an die Krankenkasse)

	ICD-10-GM				S		ICD-10-GM				S		
1.				.		:				.		:	
2.				.		:				.		:	
3.				.		:				.		:	
4.				.		:				.		:	
5.				.		:				.		:	
6.				.		:				.		:	
7.				.		:				.		:	
8.				.		:				.		:	
9.				.		:				.		:	
10.				.		:				.		:	

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG) Hüft- und Knieendoprothetik (HK)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



16. Wurde die Operation durch mindestens eine Hauptoperateurin/einen Hauptoperateur durchgeführt bzw. hat eine Hauptoperateurin/ein Hauptoperateur bei der Operation assistiert?

☐ ja ☐ nein

Hinweis: Die Einrichtung verfügt über mindestens zwei benannte Hauptoperateure/innen. Jede/jeder verfügt über mindestens 50 endoprothetische Versorgungen am Hüft- und/oder Kniegelenk (einschließlich Wechseloperationen) pro Jahr. Die Hauptoperateure sind vertraglich an das Zentrum angebunden und müssen die überwiegende Anzahl (> 50 %) ihrer endoprothetischen Operationen in der Einrichtung erbringen.

17. Versorgungsbereich

☐ Hüftendoprothetik

☐ Knieendoprothetik

☐ Andere:

18. Art des Eingriffs

☐ elektiver Eingriff

☐ dringender Eingriff

☐ Notfalleingriff

Datum des Eingriffs

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Beginn des Eingriffs

Format: HH:MM

		:		
--	--	---	--	--

Dauer des Eingriffs

Schnitt-Naht-Zeit, Minuten

--	--	--	--

Hinweis: Bitte beziehen Sie sich auf die Schnitt-Zeit des primären, endoprothetischen Eingriffs.

19. Eingriff (OPS)

alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs
(siehe eingeschlossene OPS)

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen
Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

	OPS	Seitigkeit		OPS	Seitigkeit
1.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	6.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	7.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	8.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>
4.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	9.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>
5.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	10.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

Bitte beziehen Sie sich auf den primären, endoprothetischen Eingriff während des dokumentierten Aufenthalts.

20. Weitere Prozeduren

alle weiteren Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich bzw. in Zusammenhang mit dem vorgenommenen Eingriff stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

	OPS	Seitigkeit	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)
1.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

20. Weitere Prozeduren (Fortsetzung)

alle weiteren Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich bzw. in Zusammenhang mit dem vorgenommenen Eingriff stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)
L (Links)
B (Beidseitig)

	OPS	Seitigkeit	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)
11.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

21. Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten präoperativ erreicht?

Bitte geben Sie für die einzelnen Subskalen jeweils den Scorewert an. Konnte ein Scorewert nicht berechnet werden, geben Sie bitte "999" ein.

- ☐ Eine Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten war nicht möglich (z. B. aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten).

Symptome

--	--	--

Schmerzen

--	--	--

Alltägliche Aktivitäten

--	--	--

Sport und Freizeit

--	--	--

Lebensqualität

--	--	--

Hinweis: Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)

22. Welche Scorewerte wurden bei der Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten postoperativ erreicht?

Bitte geben Sie für die einzelnen Subskalen jeweils den Scorewert an. Konnte ein Scorewert nicht berechnet werden, geben Sie bitte "999" ein.

- ☐ Es liegt keine Selbsteinschätzung der Patientin/des Patienten vor (z. B. keine Rückmeldung der Patientin/des Patienten).

Symptome

--	--	--

Schmerzen

--	--	--

Alltägliche Aktivitäten

--	--	--

Sport und Freizeit

--	--	--

Lebensqualität

--	--	--

Hinweis: Die Patientin bzw. der Patient füllt den entsprechenden Fragebogen (HOOS/KOOS) selbständig aus. Die Subskalen sind nach den Scoring instructions (www.koos.nu) von den Vertragspartnern zu berechnen. Hierfür steht auch eine entsprechende Excel-Vorlage zur Verfügung (www.koos.nu)

23. Die Patientin/der Patient definierte zur Orientierung für ihre/seine Versorgung ein konkretes Aktivitäts-/Partizipationsziel?

- ☐ ja ☐ nein

Bitte benennen Sie kurz das konkrete Aktivitäts-/Partizipationsziel.

--

Endoprothetische Gelenkversorgung (EG) Hüft- und Knieendoprothetik (HK)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)

24. Wurde die Patientin/der Patient konsiliarisch betreut?

☐ ja

☐ nein

In welcher Fachdisziplin wurde die Patientin/
der Patient konsiliarisch betreut?

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Geriatrie

☐ Psychosomatik

☐ Andere:

25. Wurde eine präoperative Schulung durchgeführt,
um eine frühzeitige Mobilisierung zu erreichen?

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ ja, mit der Patientin/dem Patienten

☐ ja, mit (einer/einem) Angehörigen

☐ nein

26. Datum der ersten postoperativen Mobilisation

Format: TT.MM.JJJJ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

27. Uhrzeit der ersten postoperativen Mobilisation

Format: HH:MM

		:		
--	--	---	--	--

28. Ergebnis des Timed up and go Tests (TUG)

in Sekunden am Tag vor der Entlassung

- ☐ Der TUG konnte nicht durchgeführt werden
(z. B. aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten).

--	--	--	--

Hinweis: Timed up and go Test (TUG): Die untersuchte Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe ca. 46 cm). Es darf gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z. B. Gehstock) benutzt werden. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhls an. Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchende Person nicht mit. Nach Aufforderung soll die untersuchte Person mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in drei Metern Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben. Die benötigte Zeit ab Ende Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

29. Ergebnis des Schmerztests in Ruhe

am Tag vor der Entlassung

- ☐ Der Schmerztest konnte nicht durchgeführt werden
(z. B. aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten).

--	--

Hinweis: Schmerz in Ruhe auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10

30. Ergebnis des Schmerztests unter Belastung

am Tag vor der Entlassung

- ☐ Der Schmerztest konnte nicht durchgeführt werden
(z. B. aufgrund des Zustands der Patientin/des Patienten).

--	--

Hinweis: Schmerz unter Belastung auf der Numerischen Rating Skala (NRS) oder der Visuellen Analog Skala (VAS), Skala jeweils von 0 bis 10