

# Beschluss



## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation zum Erfassungsjahr 2021 für die Qualitätssicherungsverfahren 7 bis 15 gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)**

Vom 16. Juli 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juli 2020 auf der Grundlage von Teil 2 Verfahren 7 bis 15 jeweils § 5 Absatz 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der am 16. Juli 2020 beschlossenen Fassung die Spezifikation nach Maßgabe der Empfehlungen des IQTIG für das Erfassungsjahr 2021 zu den Verfahren 7 (QS KAROTIS), Verfahren 8 (QS CAP), Verfahren 9 (QS MC), Verfahren 10 (QS GYN-OP), Verfahren 11 (QS DEK), Verfahren 12 (QS HSMDEF), Verfahren 13 (QS PM), Verfahren 14 (QS HGV) und Verfahren 15 (QS KEP) (**Anlage 1** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL – Dokumente“ und **Anlage 2** „Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL – Erläuterungen“) beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Filter- und Dokumentationssoftware gemäß den Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die QS-Verfahren 7 bis 15 der DeQS-RL.

Die Spezifikation für die QS-Verfahren 7 (QS KAROTIS), Verfahren 8 (QS CAP), Verfahren 9 (QS MC), Verfahren 10 (QS GYN-OP), Verfahren 11 (QS DEK), Verfahren 12 (QS HSMDEF), Verfahren 13 (QS PM), Verfahren 14 (QS HGV) und Verfahren 15 (QS KEP) der DeQS-RL für das Erfassungsjahr 2021 einschließlich der technischen Dokumentation ist von dem Institut nach § 137a SGB V spätestens 14 Tage nach Beschluss auf dessen Internetseite unter [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org) zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 16. Juli 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL**

Dokumente

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 6. Mai 2020

---

# Impressum

**Thema:**

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL. Dokumente

**Ansprechpartnerin:**

Claudia Ammann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

20. Februar 2020, korrigierte Fassung vom 6. Mai 2020

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

## Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021

09/1	Herzschriltmacher-Implantation
09/2	Herzschriltmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschriltmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
10/2	Karotis-Revaskularisation
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
NEO	Neonatologie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie

## **MDS Erläuterungen zum Minimaldatensatz**

## **Sollstatistik**

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

#### Textdefinition

Isolierte Schrittmacher-Erstimplantationen, Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem (CRT-P) bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN SMIMPL\_OPS ODER (PROZ EINSIN SMIMPL\_LLP\_OPS UND PROZ KEINSIN SMIMPL\_OPS\_EX)) UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL\_OPS  
oder  
(mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL\_LLP\_OPS  
und  
keine Ausschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL\_OPS\_EX))  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.2021/2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL\_OPS

OPS-Kode	Titel
5-377.0	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, n.n.bez.
5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
5-377.2	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde
5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation
5-377.31	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarde Stimulation
5-377.40	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Ohne Vorhofelektrode
5-377.41	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode
5-378.b1	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.b2	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.b4 Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofolektrode
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.b5 Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.ca Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.cb Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.cc Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofolektrode
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.cd Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
- 5- Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung
- 378.cm Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator

**Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL\_LLP\_OPS**

OPS-Kode	Titel
5-377.k	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Intrakardialer Impulsgenerator

**Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL\_OPS\_EX**

OPS-Kode	Titel
5-983	Reoperation

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <b>Achtung:</b> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ <del>§-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung 00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB-V, Nicht-Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte</del>	<del>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT</del>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie

			<p>kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. 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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
7	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß auslösendem OPS-Kode	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es</p>

			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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	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.  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.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
10	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
12	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13.1	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: <del>→=50 - 270</del> cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
13.2	Körpergröße unbekannt	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
14.1	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
14.2	Körpergewicht unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>            1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>            2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>            Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
<b>Präoperative Anamnese/Klinik</b>			
16	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 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	<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 Anesthesisten 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>

			<p>erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]"</p> <p><u>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</u></p>
17	führendes Symptom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz 8 = Symptome einer Vorhoffropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	<p>das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom</p>
18	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> <u>NYHA-Klasse unmittelbar vor Implantation</u> 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	<p><u>Zu dokumentieren ist die NYHA-Klasse VOR der Implantation des Schrittmachers.</u></p>
19	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock <u>(mit Zusammenhang zur Bradykardie)</u> 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie <u>(bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)</u> 99 = sonstiges	<p><u>Ist die führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ein AV-Block nach einer geplanten oder durchgeführten Ablation des AV-Knotens bzw. des HIS-Bündels, ist hier AV-Block als führende Indikation zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn der Schrittmacher noch vor der Ablation implantiert wird.</u></p> <p><u>Ein AV-Block I. Grades als führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ist eine rein hämodynamische Indikation zur Stimulation bei langer PQ-Zeit und Symptomen, die einem Schrittmachersyndrom ähneln (wie Symptome einer Vorhoffropfung).</u></p> <p>Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ ist nicht unter "Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern" sondern unter "Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren.</p> <p><u>„Kardiale Resynchronisationstherapie“ ist anzugeben bei Patientinnen und Patienten mit CRT-P-Implantation,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>die keine Bradykardie und somit keine konventionelle Schrittmacherindikation aufweisen</u></li> <li>▪ <u>oder bei denen ein Upgrade von einem konventionellen Schrittmachersystem auf ein CRT-P-System durchgeführt wird.</u></li> </ul>

			<u>Handelt es sich um eine De-novo-Implantation des CRT-P-Systems bei vorhandener bradykarder Rhythmusstörung ist die zugrundeliegende Rhythmusstörung bzw. Erkrankung (= primäre Schrittmacherindikation) anzugeben.</u>
20	Ätiologie	<input type="checkbox"/> 1 = angeboren 2 = neuromuskulär 3 = infarktbedingt 4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant 5 = sonstige Ablationsbehandlung 6 = Zustand nach herzchirurgischem Eingriff 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) 9 = sonstige/unbekannt	Zu den Schlüsseln "Zustand nach herzchirurgischem Eingriff" und "Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)": Hierbei sind auch Operationen zu berücksichtigen, die unmittelbar vor der Schrittmacher-Implantation stattfanden (ggf. während desselben stationären Aufenthalts). Ablation bei Vorhofflimmern ist unter "sonstige Ablationsbehandlung" zu dokumentieren. Unter sonstiges sind - da nicht leitlinienrelevant - u. a. zu verstehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• kardiomyopathisch (entzündlich, chronisch, akut)</li> <li>• arteriosklerotisch</li> <li>• systemerkrankungsbedingt</li> <li>• toxisch</li> <li>• degenerativ</li> </ul>
<b>wenn Feld 19 IN (1;6)</b>			
21	Persistenz der Bradykardie	<input type="checkbox"/> 1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	-
<b>wenn Feld 19 = 10</b>			
22	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	<input type="checkbox"/> 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
23	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
24	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l)	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum-Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem

		<p>3 = &gt; 2,5 mg/dl (&gt; 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig                  4 = &gt; 2,5 mg/dl (&gt; 221 µmol/l), dialysepflichtig                  8 = unbekannt</p>	<p>Serum-Kreatininwert von &gt; 1,5 mg/dl bzw 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.</p>
<b>Präoperative Diagnostik</b>			
<b>Indikationsbegründende EKG-Befunde</b>			
25	Vorhofrhythmus	<input type="checkbox"/>  1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	<p>(1) gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung</p> <p><u>Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4):</u>                  Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt.                  Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhofflimmernstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.</p>
26	AV-Block	<input type="checkbox"/>  0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	<p>Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.</p>
27	intraventrikuläre Leitungsstörungen	<input type="checkbox"/>  0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 27 &lt;&gt; 6</b>			
28	QRS-Komplex	<input type="checkbox"/>  1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = ≥ 150 ms	-

<b>wenn Feld 19 IN (6;8;9)</b>			
29	Pausen außerhalb von Schlafphasen	<input type="checkbox"/> 0 = keine Pause 1 = <= 3 s 2 = > 3 s bis <= 6 s 3 = > 6 s 4 = nicht bekannt	Die Information über die Pausen stammt oft aus dem Langzeit-EKG, die Pausen können auch aus dem Ruhe-EKG stammen, selten aus einer Monitorüberwachung im Krankenhaus.
<b>wenn Feld 19 IN (6;9)</b>			
30	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	<input type="checkbox"/> 0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	-
<b>wenn Feld 19 = 6 und Feld 21 = 1</b>			
31	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen	<input type="checkbox"/> 1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = >= 50/min 4 = nicht bekannt	Die Spontanfrequenz kann dem Ruhe-EKG oder der Monitorfrequenz bei Op entnommen werden. Ein Langzeit-EKG ist nicht gefordert.
<b>Linksventrikuläre Funktion</b>			
32.1	Ejektionsfraktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EF Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
32.2	EF nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Zusätzliche Kriterien</b>			
<b>wenn Feld 19 IN (1;5;7)</b>			
33	AV-Knotendiagnostik	<input type="checkbox"/> 0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	Falls mehrere der unter den Schlüsseln 1 bis 3 aufgeführten Befunde vorliegen, ist der wichtigste/für die Indikation entscheidende Befund zu dokumentieren.
<b>wenn Feld 19 IN (8;9)</b>			
34	neurokardiogene Diagnostik	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	-
<b>wenn Feld 19 = 6</b>			
35	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung

wenn Feld 19 IN (9;10)			
36	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	z.B. Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation
<b>Operation</b>			
37	OP-Datum	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
38	Operation	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□ 9.□-□□□.□□ 10.□-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2024</del> 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del> 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del> 2021 aufgenommen worden ist.
<b>Zugang des implantierten Systems</b>			
39.1	Vena cephalica	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.2	Vena subclavia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.3	andere	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
<b>Weitere Angaben zur Operation</b>			
40	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Nahtzeit  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
41.1	Dosis-Flächen-Produkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: (cGy)* cm <sup>2</sup> Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> Angabe ohne Warnung: <= 50000 (cGy)* cm <sup>2</sup>	Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> kann 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> als Wert eingetragen werden.
41.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.

41.3	keine Durchleuchtung durchgeführt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Implantiertes System <del>(postoperativ funktionell aktive Anteile)</del></b>			
<b>Schrittmachersystem</b>			
42	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</li> <li>• DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhoff Wahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n)</li> <li>• sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 7) nicht erfasst werden</li> </ul> <p>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde bitte "sonstiges" eintragen.</p>
neu	<u>Sonde am HIS-Bündel implantiert</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
<b>Schrittmachersonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
<b>wenn Feld 42 IN (2;3;5;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
43.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
43.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms  1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
<b>wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
44.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV	intraoperative Messung

		Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15$ mV	
44.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ  1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
<b>Ventrikel</b>			
<b>Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)</b>			
<b>wenn Feld 42 IN (1;3;4;5;6;7;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
45.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
45.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
46.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
46.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
<b>Linker Ventrikel</b>			

47	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	<input type="checkbox"/> <u>bei Entlassung</u>  0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Vorgehen bei zunächst nicht platzierbarer linksventrikulärer Sonde (d.h. Implantation der linksventrikulären Sonde in einem Zweiteingriff während des Aufenthaltes) ist anzugeben, dass die linksventrikuläre Sonde aktiv ist; in diesen Fällen ist in den Feldern zur Position und zur Reizschwellenmessung der linksventrikulären Sonde die endgültige Sonde zu dokumentieren. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
<b>wenn Feld 47 = 1</b>			
48.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
48.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
49	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 49 = 1</b>			
50.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
50.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
50.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
50.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
50.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 49 = 1</b>			
50.6	Sonden- bzw. Systemdislokation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Sonden- bzw. Systemdislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
<b>wenn Feld 49 = 1</b>			
50.7	Sonden- bzw. Systemdysfunktion	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 49 = 1</b>			
50.8	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/>	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative

		nach den KISS-Definitionen 1 = ja	<b>Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
50.9	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
50.10	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>wenn Feld 50.6 &lt;&gt; LEER</b>			
51.1	Sondendislokation im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
51.2	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	<u>Dislokation einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.</u>
<b>wenn Feld 50.7 &lt;&gt; LEER</b>			
52.1	Sondendysfunktion im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
52.2	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	<u>Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.</u>
<b>Entlassung</b>			
53	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 10.01. <del>2020</del> <u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> .
54	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-

55	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1.□□□.□□                  2.□□□.□□                  3.□□□.□□                  4.□□□.□□                  5.□□□.□□                  6.□□□.□□                  7.□□□.□□                  8.□□□.□□                  9.□□□.□□                  10.□□□.□□                  ...                  30.□□□.□□                  alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.                  Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>2021</del>2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del>2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del>2021 aufgenommen worden ist.</p>
----	------------------------	---	---

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1                  "Fachabteilungen"</p>	<p>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</p>
---	--

0500 – Hämatologie und internistische Onkologie  
 0540 – 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

<p> 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-Chirurgie  3652 – Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie </p>
--

	<p>3690 – Intensivmedizin  3691 – Intensivmedizin  3692 – Intensivmedizin  3700 – sonstige Fachabteilung  3750 – Angiologie  3751 – Radiologie  3752 – Palliativmedizin  3753 – Schmerztherapie  3754 – Heiltherapeutische Abteilung  3755 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Viszeralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

#### Textdefinition

Isolierte Schrittmacher-Aggregatwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SMAGGW\_OPS UND PROZ KEINSIN SMREV\_OPS UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMAGGW\_OPS  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV\_OPS  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle SMAGGW\_OPS

OPS-Kode	Titel
5-378.50	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher n.n.bez.
5-378.51	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.5a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.5b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

##### Prozedur(en) der Tabelle SMREV\_OPS

OPS-Kode	Titel
5-378.00	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.01	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.02	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem

- 5-378.0a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.0b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.18 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher
- 5-378.1a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Synchronisationssystem
- 5-378.20 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.2a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.2b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.3a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.3b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.4a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.4b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.6a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.6b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.7a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.7b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.8a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode

- 5-378.8b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.b0 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.b1 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.b2 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.b3 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.b4 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.b5 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.b6 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.b7 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVD- Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVD
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall

			<p>(gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/>	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die

		gemäß auslösendem OPS-Kode	<p>dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p>
8	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>
9	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
10	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
12	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b>

			<p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>                  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>                  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
<b>Indikation zum Aggregatwechsel</b>			
14	Indikation zum Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/> 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.
15	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	<input type="checkbox"/> 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationersetzend/ambulant, andere Institution	-
<b>Operation</b>			
16	OP-Datum	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
17	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2021</del> <u>2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del> <u>2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del> <u>2021</u> aufgenommen worden ist.

18	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Nahtzeit  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
<b>Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems</b>			
<b>Implantiertes Schrittmachersystem</b>			
19	System	<input type="checkbox"/>  1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</li> <li>• DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</li> </ul>
<b>Belassene Schrittmacher-Sonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
<b>wenn Feld 19 IN (2;3;5;9)</b>			
20.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
20.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
<b>wenn Feld 19 IN (2;3;4;5;9)</b>			
21.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
21.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei

		1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Sinusalterrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
<b>Ventrikel</b>			
<b>Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)</b>			
wenn Feld 19 IN (1;3;4;5;6;9)			
22.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
22.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
23.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
23.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
<b>Linksventrikuläre Sonde</b>			
wenn Feld 19 IN (5;6;9)			
24.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
24.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
25	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten

		0 = nein 1 = ja	sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 25 = 1</b>			
26.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
26.2	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
26.3	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
26.4	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>Entlassung</b>			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 10.01. <del>2020</del> <u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u>
28	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <u>21</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung; <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
29	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten

	<p>5.□□□.□□  6.□□□.□□  7.□□□.□□  8.□□□.□□  9.□□□.□□  10.□□□.□□  ...  30.□□□.□□  alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>Leistung stehen.  Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>202</del>+<del>2022</del> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><del>2021</del> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><del>2021</del> aufgenommen worden ist.</p>
--	---	---

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1  "Fachabteilungen"</p>	<p>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)  0264 – 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</p>
---	---

0591 – Hämatologie und internistische Onkologie  
 0592 – Hämatologie und internistische Onkologie  
 0600 – Endokrinologie  
 0607 – Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie  
 0640 – 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 5 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, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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

	<p>3751 – Radiologie  3752 – Palliativmedizin  3753 – Schmerztherapie  3754 – Heiltherapeutische Abteilung  3755 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (09/3)

#### Textdefinition

Schrittmacher-Revisionen (inklusive Aggregat- und Sondenwechsel) und -Explantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN SMREV\_KONV\_OPS ODER (PROZ EINSIN SMREV\_KONV\_OPS\_LLP\_Z UND PROZ EINSIN SMREV\_KONV\_OPS\_LLP\_ZB)) UND PROZ KEINSIN SMREV\_KONV\_OPS\_EX UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS  
oder  
(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_LLP\_Z  
und  
Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_LLP\_ZB))  
und  
keine Ausschlussprozedur aus der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_EX  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS

OPS- Kode	Titel
5-378.00	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.01	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.02	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.0a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.0b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.18	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher
5-378.1a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Synchronisationssystem

- 5-378.20 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.2a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.2b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.2h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.3a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.3b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.3h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.4a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.4b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.6a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.6b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.6h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.7a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.7b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.8a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.8b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

- 5-378.b0 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.b3 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.b6 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.b7 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.be Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf intrakardialen Impulsgenerator
- 5-378.d0 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.d1 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.d2 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.d3 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

**Prozedur(en) der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_LL\_P\_Z**

OPS-Kode	Titel
5-377.k	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Intrakardialer Impulsgenerator

**Prozedur(en) der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_LL\_P\_ZB**

OPS-Kode	Titel
5-983	Reoperation

**Prozedur(en) der Tabelle SMREV\_KONV\_OPS\_EX**

OPS-Kode	Titel
5-375.0	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
5-375.1	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
5-375.2	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
5-375.3	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
5-375.y	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht-Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	<del>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT</del>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant.

			<p>Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorgelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. Hier ist das bei der Registrierung für die</p>

			<p>Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
7	behandelnder Standort (OPS)	<p>□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode</p>	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p>
8	Betriebsstätten-Nummer	<p>□□ Gültige Angabe: &gt;= 1</p>	<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</p>

			werden.
9	Fachabteilung	□□□□  <u>siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</u> § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
10	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
12	Geschlecht	□  1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b>  Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 10.01. <del>2020</del> <u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> .
<b>Anamnese/Klinik</b>			
14	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	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

		erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	<p>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><b>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</b></p>
<b>Indikation zur Revision/Explantation</b>			
15	Indikation zum Eingriff am Aggregat	<input type="checkbox"/> inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker  0 = keine aggregatbezogene Indikation 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	<p>Revision wegen eines Aggregatsproblems oder vorzeitigem Aggregataustausch</p> <p>"Batterieerschöpfung": Batterieerschöpfung als Indikation zum Folgeeingriff, bei dem nicht ausschließlich ein Aggregatwechsel vorgenommen wird (diese sind mit Modul 09/2 zu dokumentieren).</p> <p>Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.</p> <p>Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>
16	Taschenproblem	<input type="checkbox"/>  0 = kein Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation	<p>Revision erfolgt wegen Taschenproblem</p> <p>"Aggregatperforation": Perforationen von Anteilen des Aggregats durch die Haut.</p>

		<p>3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem</p>	<p>Sofern eine Aggregatperforation vorliegt, ist diese zu dokumentieren, nicht Schlüssel "Infektion".</p> <p>"Infektion": z.B. Abszess in der Aggregat-Tasche mit den typischen Infektionszeichen tumor, dolor, calor, rubor, functio laesa oder Fieber in Verbindung mit positiven Blutkulturen, wenn eine andere Ursache ausgeschlossen werden konnte. Falls die Infektion im Zusammenhang mit einer Aggregatperforation auftritt, ist letztere zu dokumentieren.</p> <p>"sonstiges Taschenproblem": jedes Problem der Aggregat-Tasche, das nicht in einer Infektion, einer Perforation von Anteilen des Aggregats durch die Haut oder einem Taschenhämatom besteht, wie z.B. eine schmerzhafte Aggregat-Tasche oder eine zu weit lateral, medial kranial oder kaudal gelegene Aggregat-Tasche (alle Arten extrakardialer Mitstimulation, z.B. Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken, sind als Sondenproblem zu dokumentieren).</p> <p>Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>
17	Sondenproblem	<p><input type="checkbox"/> inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
<b>wenn Feld 17 = 1</b>			
18.1	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige</p>	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
18.2	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld eine Indikation zur Revision der

		<p>inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker <u>bzw. an der HIS-Bündel-Sonde</u></p> <p>1 = Dislokation                  2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt                  3 = fehlerhafte Konnektion                  4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken                  5 = Oversensing                  6 = Undersensing                  7 =                  Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg                  8 = Infektion                  9 = Myokardperforation                  10 = Rückruf/Sicherheitswarnung                  11 = wachstumsbedingte Sondenrevision                  99 = sonstige</p>	<p>Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüssel "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.</p>
18.3	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Dislokation                  2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt                  3 = fehlerhafte Konnektion                  4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken                  5 = Oversensing                  6 = Undersensing                  7 =                  Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg                  8 = Infektion                  9 = Myokardperforation                  10 = Rückruf/Sicherheitswarnung                  11 = wachstumsbedingte Sondenrevision                  99 = sonstige</p>	<p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld eine Indikation zur Revision der linksventrikulären Sonde eines CRT-P-Systems. Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüssel "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.</p>
<b>Operation</b>			
19	OP-Datum	<input type="text" value="□□.□□.□□□□"/>	<p>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) bzw. Arzteinformationssystem (AIS) verwendet werden.</p>
20	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = stationär, eigene Institution                  2 = stationär, andere Institution                  3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution                  4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution</p>	-
21	Operation	<p>1. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  2. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  3. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  4. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  5. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  6. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  7. <input type="text" value="□-□□□.□□"/>                  8. <input type="text" value="□-□□□.□□"/></p>	<p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2024/2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020/2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>2020/2021</u> aufgenommen worden ist.</p>

		<p>9.□-□□□.□□</p> <p>10.□-□□□.□□</p> <p>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</p> <p>http://www.dimdi.de</p>	
<b>Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems</b>			
<b>Schrittmachersystem</b>			
22	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein, da Explantation 1 = ja	-
<b>wenn Feld 22 = 1</b>			
23	aktives System (nach dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</li> <li>• DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n)</li> <li>• sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 7) nicht erfasst werden</li> </ul>
<u>neu</u>	<u>Sonde am HIS-Bündel implantiert</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
<b>Schrittmacher-Aggregat</b>			
<b>wenn Feld 23 IN (1;2;3;4;5;6;9)</b>			
24	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>	Bei Aggregatwechsel hier "Neuimplantation" eintragen;

		0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	die Explantation bzw. Stilllegung des alten Schrittmacher-Aggregats muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
<b>Schrittmachersonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
<b>wenn Feld 23 IN (2;3;4;5;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
25	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
<b>wenn Feld 23 IN (2;3;5;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
26.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
26.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms  1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
<b>wenn Feld 23 IN (2;3;4;5;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
27.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
27.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ  1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
<b>Ventrikel</b>			
<b>Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)</b>			
<b>wenn Feld 23 IN (1;3;4;5;6;7;9) oder "Sonde am HIS-Bündel implantiert" = 1</b>			
28	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.  Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.  <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier</u>

			<u>eintragen.</u>
29.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.  <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
29.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.  <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
30.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ  Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.  <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
30.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.  <u>Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.</u>
<b>Linker Ventrikel</b>			
<b>wenn Feld 23 IN (5;6;9)</b>			
31	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen;

		<p>0 = kein Eingriff an der Sonde                  1 = Neuimplantation                  2 = Neuplatzierung                  4 = Reparatur                  9 = sonstiges</p>	<p>die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.</p> <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems</p>
32.1	Reizschwelle	<p><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/>                  intraoperativ, bei 0,5 ms</p> <p>Angabe in: V                  Gültige Angabe: &gt;= 0 V                  Angabe ohne Warnung: &lt;= 9,9 V</p>	<p>Intraoperative Messung                  Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>
32.2	Reizschwelle nicht gemessen	<p><input type="checkbox"/>                  Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms</p> <p>1 = ja</p>	<p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>

**Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems  
 Schrittmachersystem**

wenn Feld 21-EINSIN\_SM\_UMST\_OPS oder wenn Feld 22 = 0 oder wenn Feld 24 = 1

33	explantiertes System	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = VVI                  2 = AAI                  3 = DDD                  4 = VDD                  5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde                  6 = CRT-System ohne Vorhofsonde                  7 = Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator (VVI)                  9 = sonstiges</p>	<p>Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲ VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>▲ AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</li> <li>▲ DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>▲ VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>▲ CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>▲ CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>▲ Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n)</li> <li>▲ sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von</li> </ul>
----	----------------------	--	---

			den o.g. Schlüssel (1 bis 6) nicht erfasst werden.
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
34	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 34 = 1</b>			
35.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
35.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
35.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 34 = 1</b>			
35.6	Sonden- bzw. Systemdislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonden- bzw. Systemdislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt.
<b>wenn Feld 34 = 1</b>			
35.7	Sonden- bzw. Systemdysfunktion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 34 = 1</b>			
35.8	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
35.9	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35.10	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>wenn Feld 35.6 &lt;&gt; LEER</b>			

36.1	Sondendislokation im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
36.2	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	<u>Dislokation einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.</u>
<b>wenn Feld 35.7 &lt;&gt; LEER</b>			
37.1	Sondendysfunktion im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
37.2	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	<u>Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.</u>
<b>Entlassung</b>			
38	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>20202021</u> bis zum 10.01.<u>20202021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>20202021</u> bis zum 20.01.<u>20202021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>20202021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>20202021</u></p>
39	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <u>21</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
40	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-</p>

	<p>10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>Katalog: Im Jahr <del>2024</del><u>2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><u>2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><u>2021</u> aufgenommen worden ist.</p>
--	--	---

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</p>	<p>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 0640 – Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie 0690 – Endokrinologie 0691 – Endokrinologie 0692 – Endokrinologie 0700 – Gastroenterologie 0706 – Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie</p>
--	--

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-SelG)  
 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, Tagesambulanz
2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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 – Wirbelsäulenchirurgie
3756 – Suchtmedizin
3757 – Visceralchirurgie
3790 – Sonstige Fachabteilung
3791 – Sonstige Fachabteilung
3792 – Sonstige Fachabteilung

Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
--	--

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

#### Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Implantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDIMPL\_OPS UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDIMPL\_OPS  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2020~~ 2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2023~~ 2022

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2020~~2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2020~~2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2021~~2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle ICDIMPL\_OPS

###### OPS-Kode Titel

- 5-377.50 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion
- 5-377.51 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion
- 5-377.6 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-377.70 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode
- 5-377.71 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode
- 5-377.j Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.b8 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.b9 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.ba Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.bb Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.bc Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

- 5-378.bd Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.d4 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.d5 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.d6 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.d7 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.d8 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.d9 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant.

			<p>Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>



13.1	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: <del>50 - 2704</del> cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
13.2	Körpergröße unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
14.1	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
14.2	Körpergewicht unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                      1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><del>2021</del> bis zum 10.01.<del>2020</del><del>2021</del>                      2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><del>2021</del> bis zum 20.01.<del>2020</del><del>2021</del>                      Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><del>2021</del>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><del>2021</del>.</p>
<b>Präoperative Anamnese/Klinik</b>			
16	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> <del>NYHA-Klasse unmittelbar vor Implantation</del> 0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV	<del>Zu dokumentieren ist die NYHA-Klasse VOR der Implantation des implantierbaren Defibrillators.</del>
17	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine	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

		ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	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 [...])"  <del>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</del>
18.1	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
18.2	LVEF nicht bekannt	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Bitte beachten: Eine fehlende Angabe der LVEF kann zur Einstufung der Indikation zur ICD-Implantation oder der Systemwahl als "nicht leitlinienkonform" führen!
19	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die

			sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
20	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig 8 = unbekannt	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum- Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem Serum-Kreatininwert von > 1,5 mg/dl bzw 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.
21	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
<b>ICD-Anteil</b>			
<b>Indikation</b>			
22	indikationsbegründendes klinisches Ereignis	<input type="checkbox"/> 1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber <b>mind. über</b> 3 R-R-Zyklen und HF über 100) 4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation 5 = kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) 9 = sonstige	Gemeint ist das Ereignis, das die Indikation zum ICD-Eingriff begründet.
<b>wenn Feld 22 IN (1;2;3;4;9)</b>			
23	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) 2 = Kardiogener Schock 3 = Lungenödem 4 = Synkope 5 = Präsynkope 6 = sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch) 7 = Angina pectoris 9 = sonstige	<b>führend:</b> gemeint ist das Ereignis, das die Indikation zum ICD-Eingriff begründet. Die klinische Symptomatik kann auch anamnestisch oder während einer Voruntersuchung aufgetreten sein. <b>klinisch:</b> d.h. nicht ausgelöst (EPU)
<b>Grunderkrankungen</b>			

24	KHK	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt	Für die Dokumentation sind alle Myokardinfarkte zu berücksichtigen, auch wenn sie länger zurückliegen
<b>wenn Feld 24 = 2</b>			
25	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD	<input type="checkbox"/> 1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage	-
<b>wenn Feld 22 &lt;&gt; 5 und wenn Feld 24 = 2</b>			
26	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
27	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ischämische Kardiomyopathie 2 = Dilatative Kardiomyopathie DCM 3 = Hypertensive Herzerkrankung 4 = erworbener Klappenfehler 5 = angeborener Herzfehler 6 = Brugada-Syndrom 7 = Kurzes QT-Syndrom 8 = Langes QT-Syndrom 9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) 10 = Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) 11 = Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) 12 = short-coupled torsade de pointes VT 99 = sonstige Herzerkrankung	"short-coupled torsade de pointes VT": Torsade-de-pointes-Tachykardien ohne Vorliegen einer QT-Verlängerung, aber mit einem charakteristischen kurzen Kopplungsintervall der Tachykardie (vgl. Buob et al., 2002)
<b>wenn Feld 27 = 6</b>			
28	spontanes Brugada-Typ-1-EKG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
<b>wenn Feld 27 = 9</b>			
29.1	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0 %	Hier ist das mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner berechnete Ergebnis zu dokumentieren. Die Verwendung des HCM-Risiko-SCD-Rechners wird in den ESC-Leitlinien zum Management von Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods (2015) sowie in den ESC-Leitlinien zu Diagnose und Management der Hypertrophen Kardiomyopathie (2014) empfohlen (Originalarbeit: O'Mahony, C et al. (2014): A novel clinical risk prediction model for sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy (HCM Risk-SCD). European Heart Journal 35: 2010-2020).

29.2	Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet	<input type="checkbox"/> 1 = da Leistungssportler 2 = wegen Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom) 3 = da Sekundärprävention 9 = aus anderen Gründen	-
<b>wenn Feld 22 IN (1;2;3)</b>			
30	WPW-Syndrom	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
<b>wenn Feld 22 IN (1;2;3)</b>			
31	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Torsade-de-pointes-Tachykardie durch Antiarrhythmika</li> <li>• andere QT-Zeit-verlängernde Medikamente</li> <li>• ischämiegetriggerte Indexereignisse</li> <li>• Myokarditis in der Akutphase</li> </ul>
<b>wenn Feld 22 IN (2;3)</b>			
32	behandelbare idiopathische Kammertachykardie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Ablation, medikamentöse Behandlung erfolglose Therapie bedeutet "nein"
<b>Weitere Merkmale</b>			
<b>wenn Feld 22 IN (3;4)</b>			
33	Kammertachykardie induzierbar	<input type="checkbox"/> 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	-
<b>wenn Feld 27 = 6</b>			
34	Kammerflimmern induzierbar	<input type="checkbox"/> 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	-
35	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, seit weniger als 3 Monaten 2 = ja, seit 3 Monaten oder länger	-
<b>wenn Feld 35 IN (1;2)</b>			
36.1	Betablocker und/oder Ivabradin	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
36.2	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitoren (ARNI)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
36.3	Diuretika	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

36.4	Aldosteronantagonisten	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Schrittmacheranteil</b>			
<b>Stimulationsbedürftigkeit</b>			
37	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
38	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	<input type="checkbox"/> 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
<b>EKG-Befunde</b>			
39	Vorhofrhythmus	<input type="checkbox"/> 1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	(1) gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung  <u>Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4):</u> Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt. Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhofrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
40	AV-Block	<input type="checkbox"/> 0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.
41	intraventrikuläre Leitungsstörungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	-

wenn Feld 41 <> 6			
42	QRS-Komplex	<input type="checkbox"/> 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	-
<b>Operation</b>			
43	OP-Datum	□□.□□.□□□□	<b>OPS-Datum:</b> 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.
44	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2021/2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020/2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020/2021</u> aufgenommen worden ist.
<b>Zugang des implantierten Systems</b>			
45.1	Vena cephalica	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
45.2	Vena subclavia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
45.3	andere	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang via Thorakotomie</li> <li>• mediale Sternotomie</li> <li>• untere Mini-Sternotomie</li> <li>• links-laterale Thorakotomie</li> </ul>
<b>Weitere Angaben zur Operation</b>			
46	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
47.1	Dosis-Flächen-Produkt	□□□□□□  Angabe in: (cGy)* cm <sup>2</sup> Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm <sup>2</sup>	Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> kann 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> als Wert eingetragen werden.

		Angabe ohne Warnung: $\leq 50000 \text{ (cGy)} * \text{cm}^2$	
47.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.
47.3	keine Durchleuchtung durchgeführt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>ICD</b>			
<b>ICD-System</b>			
48	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</li> <li>• sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsselnummern (1 bis 6) nicht erfasst werden.</li> </ul>
<b>ICD-Aggregat</b>			
49	Aggregatposition	<input type="checkbox"/> 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
<b>Sonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
<b>wenn Feld 48 IN (2;4;9)</b>			
50.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0 \text{ V}$ Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9 \text{ V}$	intraoperative Messung
50.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-

wenn Feld 48 IN (2;3;4;9)			
51.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15$ mV	intraoperative Messung
51.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Anzahl			
wenn Feld 48 $\leq 6$			
52	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden	<input type="checkbox"/> 1 = eine Ventrikelsonde 2 = zwei Ventrikelsonden 3 = drei Ventrikelsonden	Zu den Ventrikelsonden zählen alle Sonden, die den Ventrikel stimulieren, auch wenn sie außerhalb des Ventrikels implantiert wurden.
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 48 $\leq 6$			
53.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
53.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
54.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
54.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
55	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	<input type="checkbox"/> <u>bei Entlassung</u> 0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems. <del>Bei zweizeitigem Vorgehen bei zunächst nicht platzierbarer linksventrikulärer Sonde (d.h. Implantation der linksventrikulären Sonde in einem Zweiteingriff während des Aufenthaltes) ist anzugeben, dass die linksventrikuläre Sonde aktiv ist; in diesen Fällen ist in den Feldern zur Position und zur Reizschwellenmessung der linksventrikulären Sonde die endgültige Sonde zu dokumentieren.</del>
wenn Feld 55 = 1			
56	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.

57	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
58	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 58 = 1</b>			
59.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Darunter ist nicht die intraoperative Terminierung eines induzierten Kammerflimmerns zu verstehen.
59.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
59.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
59.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
59.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Intervention = Reoperation
<b>wenn Feld 58 = 1</b>			
59.6	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
<b>wenn Feld 58 = 1</b>			
59.7	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 58 = 1</b>			
59.8	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS Definitionen 1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
59.9	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>wenn Feld 59.6 &lt;&gt; LEER</b>			
60.1	Sondendislokation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
60.2	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
60.3	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
60.4	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

60.5	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 59.7 &lt;&gt; LEER</b>			
61.1	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
61.2	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
61.3	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
61.4	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
61.5	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Entlassung</b>			
62	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del>2021 bis zum 10.01.<del>2020</del>2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del>2021 bis zum 20.01.<del>2020</del>2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del>2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del>2021</p>
63	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel <del>2-1</del> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
64	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>2021</del> 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2021</del> 2022 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2021</del> 2021 aufgenommen worden ist.

		Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	
--	--	--	--

## Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>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)  0264 – 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</p>
----------------------------------	--

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  
 1054 – 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, Nachtklinik  
 2955 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik  
 2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik  
 2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

	<p>2961 – Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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 – Wirbelsäulenchirurgie                  3756 – Suchtmedizin                  3757 – Visceralchirurgie                  3790 – Sonstige Fachabteilung                  3791 – Sonstige Fachabteilung                  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet                  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p>

	<p>04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet          05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers          06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus          07 = Tod          08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)          09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung          25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>
--	---

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

#### Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDAGGW\_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV\_OPS UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDAGGW\_OPS  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDREV\_OPS  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle ICDAGGW\_OPS

###### OPS-Kode Titel

- 5-378.55 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.5c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.5d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.5e Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.5f Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.5g Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit subkutaner Elektrode

##### Prozedur(en) der Tabelle ICDREV\_OPS

###### OPS-Kode Titel

- 5-378.05 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.0c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion



- 5-378.7f Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.7g Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.85 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.8c Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.8d Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.8e Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.8f Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.8g Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.c0 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.c1 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.c2 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.c3 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.c4 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.c5 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.c6 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.c7 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.c8 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.c9 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.ce Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
- 5-378.cf Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
- 5-378.cg Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
- 5-378.ch Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
- 5-378.cj Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
- 5-378.kk Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient)

			<p>handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung



			<p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
<b>Indikation zum Aggregatwechsel</b>			
14	Indikation zum Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/> 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.
15	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	<input type="checkbox"/> 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	-
<b>Operation</b>			
16	OP-Datum	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
17	Operation	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□ 9.□-□□□.□□ 10.□-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2021</del> <u>2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2021</del> <u>2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2021</del> <u>2022</u> aufgenommen worden ist.
18	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit	-

		Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	
<b>ICD</b>			
<b>Implantiertes ICD-System</b>			
19	System	<input type="checkbox"/>  1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</li> <li>• sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.</li> </ul>
<b>Belassene Sonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
<b>wenn Feld 19 IN (2;4;9)</b>			
20.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
20.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
<b>wenn Feld 19 IN (2;3;4;9)</b>			
21.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>  Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
21.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.

<b>Ventrikel</b>			
<b>Rechtsventrikuläre Sonde</b>			
<b>wenn Feld 19 &lt;&gt; 6</b>			
22.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung  Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
22.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
<b>wenn Feld 19 &lt;&gt; 6</b>			
23.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>  Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	Intraoperative Messung  Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
23.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
<b>Linksventrikuläre Sonde</b>			
<b>wenn Feld 19 IN (4;5)</b>			
24.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung  Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
24.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
25	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 25 = 1</b>			
26.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
26.2	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
26.3	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das

			Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
26.4	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>Entlassung</b>			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>20202021</u> bis zum 10.01.<u>20202021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>20202021</u> bis zum 20.01.<u>20202021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>20202021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>20202021</u></p>
28	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
29	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <u>20242022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>20202021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>20202021</u> aufgenommen worden ist.</p>

## 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

	<p>3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie  3100 = Psychosomatik/Psychotherapie  3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik  3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (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 = Wirbelsäulenchirurgie  3756 = Suchtmedizin  3757 = Visceratchirurgie  3790 = Sonstige Fachabteilung  3791 = Sonstige Fachabteilung  3792 = Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  11 = Entlassung in ein Hospiz</p>

	<p>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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung          25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>
--	--

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)

#### Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDREV\_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV\_OPS\_EX UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDREV\_OPS  
und  
Keine Ausschluss - Prozedur aus der Tabelle ICDREV\_OPS\_EX  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.2021/2022')

##### Prozedur(en) der Tabelle ICDREV\_OPS

OPS-Kode	Titel
5-378.05	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.0c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.0d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.0e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.0f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.0g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.19	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Defibrillator
5-378.25	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.2c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.2d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion



5-378.c0	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.c1	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
5-378.c2	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
5-378.c3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.c4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.c5	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
5-378.c6	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode
5-378.c7	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.c8	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.c9	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.ce	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.cf	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.cg	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.ch	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.cj	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode
5-378.ck	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofolektrode

#### Prozedur(en) der Tabelle ICDREV\_OPS\_EX

OPS-Kode	Titel
5-375.0	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
5-375.1	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
5-375.2	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
5-375.3	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Replantation während desselben stationären Aufenthaltes
5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Replantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
5-375.y	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
5-378.b8	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.b9	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.ba	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.bb	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofolektrode

- 5-378.bc Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
- 5-378.bd Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/- Explantation (09/6)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <b>Achtung:</b> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht-Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz; Auslandsversicherte	<del>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT</del>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt,

			<p>muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Basisdokumentation</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. 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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
7	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß auslösendem OPS-Kode	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren,</p>



			<p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del>2021 bis zum 20.01.<del>2020</del>2021</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del>2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del>2021.</p>
<b>Präoperative Anamnese/Klinik</b>			
14	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> <p>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</p>	<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 Anesthesisten 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 Bauchortenaneurysma)                  [...]"</p> <p><del>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</del></p>
<b>Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation</b>			
15	Indikation zum Eingriff am Aggregat	<input type="checkbox"/> <p>0 = keine aggregatbezogene Indikation                  1 = Batterieerschöpfung                  3 = Fehlfunktion/Rückruf                  4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels                  9 = sonstige aggregatbezogene Indikation</p>	<p>Revision wegen Aggregatsproblem oder vorzeitigem Aggregataustausch</p> <p>"Batterieerschöpfung": Batterieerschöpfung als Indikation zum Folgeeingriff, bei dem nicht ausschließlich ein Aggregatwechsel vorgenommen wird (diese sind mit Modul 09/5 zu dokumentieren).</p> <p>Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren..</p> <p>Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>
16	Taschenproblem	<input type="checkbox"/> <p>0 = kein Taschenproblem                  1 = Taschenhämatom</p>	<p>Revision erfolgt wegen Taschenproblem</p> <p>"Aggregatperforation": Perforationen von Anteilen des Aggregats</p>

		<p>2 = Aggregatperforation                  3 = Infektion                  9 = sonstiges Taschenproblem</p>	<p>durch die Haut. Sofern eine Aggregatperforation vorliegt, ist diese zu dokumentieren, nicht Schlüssel "Infektion".</p> <p>"Infektion":                  z.B. Abszess in der Aggregat-Tasche mit den typischen Infektionszeichen tumor, dolor, calor, rubor, functio laesa oder Fieber in Verbindung mit positiven Blutkulturen, wenn eine andere Ursache ausgeschlossen werden konnte. Falls die Infektion im Zusammenhang mit einer Aggregatperforation auftritt, ist letztere zu dokumentieren.</p> <p>"sonstiges Taschenproblem":                  jedes Problem der Aggregat-Tasche, das nicht in einer Infektion, einer Perforation von Anteilen des Aggregats durch die Haut oder einem Taschenhämatom besteht, wie z.B. eine schmerzhafte Aggregat-Tasche oder eine zu weit lateral, medial kranial oder kaudal gelegene Aggregat-Tasche (alle Arten extrakardialer Mitstimulation, z.B. Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken, sind als Sondenproblem zu dokumentieren).</p> <p>Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>
17	Sondenproblem	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
<b>Operation</b>			
18	OP-Datum	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
19	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	<input type="checkbox"/>  1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	-
20	Operation	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2024/2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020/2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020/2021</u> aufgenommen worden ist.

		<p>9.□-□□□.□□                  10.□-□□□.□□                  alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	
<b>ICD</b>			
<b>ICD-System</b>			
21	aktives System (nach dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> 0 = keines (Explantation oder Stilllegung) 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</li> <li>• sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.</li> </ul>
<b>ICD-Aggregat</b>			
22	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = Aggregat nicht vorhanden 1 = kein Eingriff am Aggregat 2 = Wechsel 3 = Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral 4 = Aggregatverlagerung 5 = Explantation 9 = sonstiges	-
<b>wenn Feld 22 NICHTIN (0;5)</b>			
23	Aggregatposition	<input type="checkbox"/> 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
<b>wenn Feld 22 IN (2;3;5)</b>			
24	explantiertes System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> <li>• VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden</li> </ul>

		<p>Vorhofsonde                      5 = CRT-System ohne Vorhofsonde                      6 = subkutaner ICD                      9 = sonstiges</p>	<p>(eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</li> <li>• sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.</li> </ul>
<b>wenn Feld 22 IN (1;2;3;4;5;9)</b>			
25.1	Aggregat: Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
25.2	Jahr der Implantation nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Sonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
26	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-
<b>wenn Feld 26 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)</b>			
27	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte	<p>Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.</p>

		Sondenrevision 99 = sonstige							
<b>wenn Feld 26 IN (1;2;4;5;6;7;99)</b>									
28	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>  1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-						
<b>wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 21 &lt;&gt; 3</b>									
29.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung						
29.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-						
<b>wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99)</b>									
30.1	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>  Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung						
30.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.						
<b>Ventrikel</b>									
<b>Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</b>									
31	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	<p>Als erste Sonde wird bei Revisionen immer die Sonde mit dem aktiven Schockanteil bezeichnet. "0 = kein Eingriff an der Sonde" ist nur bei aktiven Sonden zu dokumentieren, an denen in dieser Operation kein Eingriff stattfand.</p> <p><b>Beispielskonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen</b></p> <p>Grundsätzlich wird die Ventrikelsonde (VS) mit dem nach dem Eingriff aktiven Schockanteil immer als die erste Ventrikelsonde bezeichnet. Vor dem Eingriff bereits zusätzlich vorhandene stillgelegte Sonden sind nicht unter den Ventrikelsonden 1 bis 3 aufzuführen sondern im Datenfeld "weitere inaktive stillgelegte Sonden" zu dokumentieren.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td colspan="2">nach dem Eingriff zu dokumentieren</td> </tr> <tr> <td>Eingriff</td> <td>erste VS</td> <td>zweite VS</td> </tr> </table>		nach dem Eingriff zu dokumentieren		Eingriff	erste VS	zweite VS
	nach dem Eingriff zu dokumentieren								
Eingriff	erste VS	zweite VS							

			<b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</b>		
			Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde	Stilllegung des P/S-Anteils	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde	Stilllegung des Defi-Anteils  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	<b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Entfernung der gesamten Sonde Implantation neuer getrennter Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	zusätzliche Implantation. <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Komplettentfernung	Explantation	
			Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	
			<b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense auf getrennten Sonden</b>		
			Austausch beider Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>

			Austausch der Defi-Sonde	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	kein Eingriff an der Sonde <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Austausch der P/S-Sonde	kein Eingriff an der Sonde keine Reizschwelle, keine Amplitude	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Komplettentfernung	Explantation	Explantation
			Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	Stilllegung der gesamten Sonde
			Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) <b>Reizschwelle, Amplitude</b>	Explantation
			Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde <b>Reizschwelle, Amplitude</b>	Stilllegung
			Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde <b>Reizschwelle, Amplitude</b>	Explantation
			Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Stilllegung

			einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Reizschwelle, Amplitude	
<b>wenn Feld 31 IN (1;2;3;4;5;6;7;8;9;99)</b>					
32	Problem	<input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = ineffektive Defibrillation 11 = Rückruf/Sicherheitswarnung 12 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.		
<b>wenn Feld 31 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)</b>					
33	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-		
<b>wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;7;8;9;99)</b>					
34	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere	-		
<b>wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;8;99)</b>					
35.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung		
35.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen	-		
<b>wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;8;99) und wenn Feld 34 IN (1;2)</b>					
36.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung		

36.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-																														
<b>Zweite Ventrikelsonde</b>																																	
37	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	<p><b>Beispielskonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen</b></p> <table border="1" data-bbox="951 584 1382 2018"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="951 584 1382 658"></th> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="951 665 1382 696">nach dem Eingriff zu dokumentieren</th> </tr> <tr> <th data-bbox="951 703 1110 734">Eingriff</th> <th data-bbox="1115 703 1246 734">erste VS</th> <th data-bbox="1251 703 1382 734">zweite VS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" data-bbox="951 741 1382 772"><b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 779 1110 1055">Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde</td> <td data-bbox="1115 779 1246 1055">Stilllegung des P/S-Anteils</td> <td data-bbox="1251 779 1382 1055">Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 1061 1110 1317">P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde</td> <td data-bbox="1115 1061 1246 1317">Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde</td> <td data-bbox="1251 1061 1382 1317">Stilllegung des Defi-Anteils  Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 1323 1110 1630">Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td data-bbox="1115 1323 1246 1630">Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td data-bbox="1251 1323 1382 1630">Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 1637 1110 1883">Entfernung der gesamten Sonde Implantation neuer getrennter Sonden</td> <td data-bbox="1115 1637 1246 1883">Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td data-bbox="1251 1637 1382 1883">zusätzliche Implantationen.  Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 1890 1110 1951">Komplettentfernung</td> <td data-bbox="1115 1890 1246 1951">Explantation</td> <td data-bbox="1251 1890 1382 1951"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="951 1957 1110 2018">Komplettstilllegung</td> <td data-bbox="1115 1957 1246 2018">Stilllegung der</td> <td data-bbox="1251 1957 1382 2018"></td> </tr> </tbody> </table>				nach dem Eingriff zu dokumentieren			Eingriff	erste VS	zweite VS	<b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</b>			Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde	Stilllegung des P/S-Anteils	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude	P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde	Stilllegung des Defi-Anteils  Reizschwelle, Amplitude	Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Reizschwelle, Amplitude	Entfernung der gesamten Sonde Implantation neuer getrennter Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	zusätzliche Implantationen.  Reizschwelle, Amplitude	Komplettentfernung	Explantation		Komplettstilllegung	Stilllegung der	
nach dem Eingriff zu dokumentieren																																	
Eingriff	erste VS	zweite VS																															
<b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</b>																																	
Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde	Stilllegung des P/S-Anteils	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude																															
P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde	Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde	Stilllegung des Defi-Anteils  Reizschwelle, Amplitude																															
Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Reizschwelle, Amplitude																															
Entfernung der gesamten Sonde Implantation neuer getrennter Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	zusätzliche Implantationen.  Reizschwelle, Amplitude																															
Komplettentfernung	Explantation																																
Komplettstilllegung	Stilllegung der																																

				gesamten Sonde	
<b>vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense auf getrennten Sonden</b>					
			Austausch beider Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Austausch der Defi-Sonde	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	kein Eingriff an der Sonde  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Austausch der P/S-Sonde	kein Eingriff an der Sonde keine Reizschwelle, keine Amplitude	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>
			Komplettentfernung	Explantation	Explantation
			Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	Stilllegung der gesamten Sonde
			Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>	Explantation
			Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde  <b>Reizschwelle, Amplitude</b>	Stilllegung

			<table border="1"> <tr> <td>Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude</td> <td>Explantation</td> </tr> <tr> <td>Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  Reizschwelle, Amplitude</td> <td>Stilllegung</td> </tr> </table>	Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude	Explantation	Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung
Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde  Reizschwelle, Amplitude	Explantation							
Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)  Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung							
<b>wenn Feld 37 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)</b>									
38	Problem	<input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.						
<b>wenn Feld 37 IN (1;2;4;5;6;7;99)</b>									
39	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-						
<b>wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)</b>									
40	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-						
<b>wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;99)</b>									

41.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
41.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 40 IN (1;2)</b>			
42.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>  Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	intraoperative Messung
42.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
<b>Dritte Ventrikelsonde</b>			
43	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-
<b>wenn Feld 43 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)</b>			
44	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
<b>wenn Feld 43 IN (1;2;4;5;6;7;99)</b>			
45	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/>  1 = $\leq 1$ Jahr 2 = $> 1$ Jahr 9 = unbekannt	-

wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
46	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-
wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
47.1	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms  Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
47.2	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 46 IN (1;2)			
48.1	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>  Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30$ mV	intraoperative Messung
48.2	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>  1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Andere Defibrillationssonde(n)			
49	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-
wenn Feld 49 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
50	Problem	<input type="checkbox"/>  0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 7 = Rückruf/Sicherheitswarnung 8 = wachstumsbedingte	Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.

		Sondenrevision 9 = sonstige	
<b>wenn Feld 49 IN (1;2;4;5;6;7;99)</b>			
51	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/>  1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
52	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.1	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
53.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
53.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
53.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
53.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.6	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.7	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.8	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS Definitionen  1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
53.9	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
<b>wenn Feld 53.6 &lt;&gt; LEER</b>			
54.1	Sondendislokation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
54.2	Sondendislokation der ersten	<input type="checkbox"/>	-

	Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	1 = ja	
54.3	Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
54.4	Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
54.5	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 53.7 &lt;&gt; LEER</b>			
55.1	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
55.2	Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
55.3	Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
55.4	Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
55.5	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Entlassung</b>			
56	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u></p>
57	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <del>2-1</del> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
58	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.

	6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10- GM-Katalog: Im Jahr <u>2024</u> / <u>2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020</u> / <u>2021</u> gültigen ICD-10-GM- Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020</u> / <u>2021</u> 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

	<del>3753 – Schmerztherapie</del> <del>3754 – Heiltherapeutische Abteilung</del> <del>3755 – Wirbelsäulenchirurgie</del> <del>3756 – Suchtmedizin</del> <del>3757 – Visceralchirurgie</del> <del>3790 – Sonstige Fachabteilung</del> <del>3791 – Sonstige Fachabteilung</del> <del>3792 – Sonstige Fachabteilung</del>
Schlüssel <del>21</del> "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Karotis-Revaskularisation (10/2)

#### Textdefinition

Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus, die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung, Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN CAR\_OPS UND PROZ KEINSIN CAR\_OPS\_EX UND DIAG KEINSIN CAR\_ICD\_EX

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle CAR\_OPS  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle CAR\_OPS\_EX  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle CAR\_ICD\_EX

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202+2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle CAR\_ICD\_EX

ICD-Kode Titel

I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.04	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, rupturiert
I71.05	Dissektion der Aorta thoracica, rupturiert
I71.06	Dissektion der Aorta abdominalis, rupturiert
I71.07	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, rupturiert

##### Prozedur(en) der Tabelle CAR\_OPS

**OPS-Kode Titel**

- 5-381.00 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-381.01 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-381.02 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-381.03 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-381.05 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
- 5-381.06 Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: Gefäßprothese
- 5-382.00 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-382.01 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-382.02 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-382.03 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-383.00 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-383.01 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-383.02 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-383.03 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-393.00 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis
- 5-393.01 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis
- 5-395.00 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-395.01 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-395.02 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-395.03 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-396.02 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-397.00 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-397.01 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-397.02 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-397.03 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-397.05 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
- 8-836.0h (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis n.n.bez.
- 8-836.0j (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis communis
- 8-836.0k (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell
- 8-836.0m (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-836.0n (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis externa
- 8-840.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis

- 8-840.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-840.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-840.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-840.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis
- 8-840.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa
- 8-840.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
- 8-840.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
- 8-840.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-840.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-840.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-840.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-841.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-841.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa

- 8-841.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-841.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-841.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis
- 8-841.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa
- 8-841.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
- 8-841.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
- 8-841.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-841.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-841.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-841.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-842.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
- 8-842.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa
- 8-842.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-842.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell

- 8-842.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-842.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis communis
- 8-842.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis externa
- 8-842.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis communis
- 8-842.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis externa
- 8-842.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-842.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-842.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-842.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-843.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-843.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-843.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-843.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-843.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.

- 8-843.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis communis
- 8-843.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis externa
- 8-843.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis communis
- 8-843.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis externa
- 8-843.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-843.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-843.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-843.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-845.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-845.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-845.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-845.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-845.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-845.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-845.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-845.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-845.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-845.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-846.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-846.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-846.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-846.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis

- 8-846.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-846.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-846.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-846.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-846.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-846.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-848.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
- 8-848.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa
- 8-848.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-848.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-848.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis communis
- 8-848.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis externa
- 8-848.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis communis
- 8-848.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis externa
- 8-848.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-848.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-848.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis

- 8-848.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-849.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-849.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-849.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-849.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-849.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-849.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-849.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-849.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-849.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-849.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-84a.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-84a.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-84a.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-84a.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-84a.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-84a.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-84a.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-84a.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-84a.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-84a.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa

### Prozedur(en) der Tabelle CAR OPS\_EX

#### OPS-Kode Titel

- 5-37b.10 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 1 Kanüle
- 5-37b.11 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 2 Kanülen
- 5-37b.12 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
- 5-37b.20 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 1 Kanüle
- 5-37b.21 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 2 Kanülen

- 5-37b.22 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
- 5-37b.30 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 1 Kanüle
- 5-37b.31 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 2 Kanülen
- 5-37b.32 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 3 oder mehr Kanülen
- 5-384.01 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese
- 5-384.02 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.0x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Sonstige
- 5-384.11 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese
- 5-384.12 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.1x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Sonstige
- 5-384.31 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese
- 5-384.32 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.3x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Sonstige
- 5-384.41 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese
- 5-384.42 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.43 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal

- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-384.x1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese
- 5-384.x2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.x3 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.x4 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.x5 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.x6 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.xx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Sonstige
- 5-384.y Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: N.n.bez.
- 5-393.02 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia
- 5-393.03 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. vertebralis
- 5-396.00 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-396.01 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-396.03 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-981 Versorgung bei Mehrfachverletzung
- 5-982.1 Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am Gesichtsschädel
- 5-982.2 Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS
- 5-982.x Versorgung bei Polytrauma: Sonstige
- 5-982.y Versorgung bei Polytrauma: N.n.bez.
- 8-852.00 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- 8-852.01 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- 8-852.03 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- 8-852.04 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- 8-852.05 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- 8-852.06 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- 8-852.07 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden

- 8-852.08 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- 8-852.09 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- 8-852.0b Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- 8-852.0c Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- 8-852.0d Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- 8-852.0e Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Karotis-Revaskularisation (10/2)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□  http://www.arge-ik.de	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.  Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes)

## Anlage 1 zum Beschluss

			während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
4	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
6	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9.1	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: <del>&gt;=</del> 150 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
9.2	Körpergröße unbekannt	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
10.1	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
10.2	Körpergewicht unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><del>2021</del> bis zum 10.01.<del>2020</del><del>2021</del>  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><del>2021</del> bis zum 20.01.<del>2020</del><del>2021</del>  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><del>2021</del>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><del>2021</del>.</p>
<b>Klinische Diagnostik</b>			
12	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	Bitte ja angeben, wenn der Patient medikamentös behandelt wird, bzw. der Nüchternblutzucker über 110 mg/dl (6,1 mmol/l) liegt.
13	präoperative Nierenersatztherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	"akut" ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten präoperativ eine Nierenersatztherapie durchgeführt wird, jedoch noch kein Dialyse-Shunt oder Peritonealdialysekatheter appliziert wurde.
<b>wenn Feld 13 = 0</b>			
14.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> präoperativ (letzter Wert vor OP) Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0 mg/dl	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.

		Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	
14.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> präoperativ (letzter Wert vor OP)  Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.
15	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	<input type="checkbox"/> unabhängig von einer Seitenlokalisation  0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall: Bei einem akuten Schlaganfall handelt es sich um ein plötzlich einsetzendes neurologisches Defizit mit Hemiplegie, Hemiparese, Aphasie, Blickwendung und ggf. einsetzenden Bewusstseinsstörungen. Beim progredienten ischämischen Schlaganfall ("Stroke-in-evolution" oder "progressive-stroke") handelt es sich um ein akut einsetzendes neurologisches Defizit wechselnden Schweregrades mit innerhalb von Stunden oder Tagen einsetzender schrittweiser Verschlechterung.
16	Karotisläsion rechts	<input type="checkbox"/>  Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate  0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	-
<b>wenn Feld 16 = 2 und wenn Feld 15 = 0</b>			
17.1	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	<input type="checkbox"/>  1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 16 = 2 und wenn Feld 15 = 0</b>			
17.2	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	<input type="checkbox"/>  1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im	-

		Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
<b>wenn Feld 17.2 = LEER und wenn Feld 16 = 2</b>			
18.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anamnestische Angaben ausreichend  Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	-
18.2	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
19	Karotisläsion links	<input type="checkbox"/> Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate  0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	-
<b>wenn Feld 19 = 2 und wenn Feld 15 = 0</b>			
20.1	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	<input type="checkbox"/>  1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 19 = 2 und wenn Feld 15 = 0</b>			
20.2	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	<input type="checkbox"/>  1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 20.2 = LEER und wenn Feld 19 = 2</b>			
21.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-

	zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	anamnestische Angaben ausreichend  Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	
21.2	Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen.	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
22	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	<input type="checkbox"/> An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.  0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-
<b>Apparative Diagnostik</b>			
23	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-
24	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-

25	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	<input type="checkbox"/> Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.  0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 25 = 1</b>			
26.1	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
26.2	Aneurysma	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
26.3	symptomatisches Coiling	<input type="checkbox"/> Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.  1 = ja	-
26.4	Mehretagenläsion	<input type="checkbox"/> operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI.  Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich  1 = ja	-
26.5	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
27	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	<input type="checkbox"/> Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.  0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 27 = 1</b>			
28.1	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

28.2	Aneurysma	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
28.3	symptomatisches Coiling	<input type="checkbox"/> Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten. 1 = ja	-
28.4	Mehretagenläsion	<input type="checkbox"/> operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich 1 = ja	-
28.5	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
29	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 29 = 1</b>			
30	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-
<b>Prozedur (PROZ)</b>			

Eingriff / Prozedur			
31	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents). Andere Operationen und Prozeduren, die der Patient im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (z.B. an anderen Organen) erhält, sind nicht gemeint. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
32	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33.1	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.  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)

			<p>ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes)</p> <p>ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD)</p> <p>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)</p> <p>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><b>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</b></p>
33.2	Eingriff ohne Narkose erfolgt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
34	Indikation	<input type="checkbox"/> 1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen	-
35	therapierte Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	-
36	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ... 99 Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 99	Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis der entsprechenden Seite, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen)

			von Stents).
37	Prozedur(en)	<p>1. □-□□□.□□                  2. □-□□□.□□                  3. □-□□□.□□                  4. □-□□□.□□                  5. □-□□□.□□                  6. □-□□□.□□                  7. □-□□□.□□                  8. □-□□□.□□                  9. □-□□□.□□                  10. □-□□□.□□</p> <p>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals <b>Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung</b> eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. 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 Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-381.01 (Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus) als Einschlussprozedur für den Datensatz Karotis-Revaskularisation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-381.01:R, 5-381.01:L oder 5-381.01:B. Die Dokumentation des Kodes 5-381.01 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2021</del><b>2022</b> durchgeführte Eingriffe sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><b>2021</b> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><b>2021</b> aufgenommen worden ist.</p>
38	Art des Eingriffs	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Offene Operation                  2 = PTA / Stent                  3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation                  4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur  <u>5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur</u></p>	-
<u>verschoben</u> (43)	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	<p><input type="checkbox"/></p> <p>Patienten mit aorto-koronaren Bypass-</p>	

		<p>Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.</p> <p>0 = nein          1 = aorto-koronarer Bypass          2 = periphere arterielle Rekonstruktion          3 = Aortenrekonstruktion          4 = PTA / Stent intrakraniell          5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation          6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie  <u>7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis</u>          9 = sonstige</p>	
39	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?	<input type="checkbox"/> <p>1 = Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff)          2 = Rezidiveingriff (ipsilateral offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)</p>	-
40	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <p>0 = nein          1 = ja</p>	-
41	Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?	<input type="checkbox"/> <p>0 = nein          1 = ja</p>	-
<b>wenn Feld 41 = 1</b>			
42.1	ASS	<input type="checkbox"/> <p>1 = ja</p>	-
42.2	Clopidogrel	<input type="checkbox"/> <p>1 = ja</p>	-
42.3	sonstige ADP-Rezeptorantagonisten	<input type="checkbox"/> <p>z.B. Prasugrel, Ticagrelor          1 = ja</p>	-
42.4	GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten	<input type="checkbox"/> <p>z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban          1 = ja</p>	-
42.5	sonstige	<input type="checkbox"/> <p>z.B. Cilostazol          1 = ja</p>	-
<b>Verlauf der Prozedur</b>			
<b>postprozeduraler Verlauf</b>			
44	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> <p>0 = nein          1 = ja</p>	-

45	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	<input type="checkbox"/> bis zur Entlassung, es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben  0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	-
<b>wenn Feld 45 = 2</b>			
46	Schweregrad des neurologischen Defizits	<input type="checkbox"/> zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis  0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: ischämischer Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	-
<b>Basis (B)</b>			
<b>Entlassung</b>			
47	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation

			<p>bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u></p>
48	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1.□□□.□□</p> <p>2.□□□.□□</p> <p>3.□□□.□□</p> <p>4.□□□.□□</p> <p>5.□□□.□□</p> <p>6.□□□.□□</p> <p>7.□□□.□□</p> <p>8.□□□.□□</p> <p>9.□□□.□□</p> <p>10.□□□.□□</p> <p>...</p> <p>30.□□□.□□</p> <p>alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- 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 <del>2021</del><u>2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><u>2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><u>2021</u> aufgenommen worden ist.</p>
49	Entlassungsgrund	<p>□□</p> <p>siehe Schlüssel <del>2-1</del> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</p>	<p>0100 – Innere Medizin</p> <p>0102 – Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie</p> <p>0103 – Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie</p> <p>0104 – Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie</p> <p>0105 – Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>0106 – Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>0107 – Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>0108 – Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie</p> <p>0109 – Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>0114 – Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p>0150 – Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0151 – Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie</p> <p>0152 – Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten</p>
--	--

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  
 0640 – 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

<p> 4136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin  4190 = Kinderkardiologie  4191 = Kinderkardiologie  4192 = Kinderkardiologie  4200 = Neonatologie  4290 = Neonatologie  4291 = Neonatologie  4292 = Neonatologie  4300 = Kinderchirurgie  4390 = Kinderchirurgie  4391 = Kinderchirurgie  4392 = Kinderchirurgie  4400 = Lungen- und Bronchialheilkunde  4410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie  4490 = Lungen- und Bronchialheilkunde  4491 = Lungen- und Bronchialheilkunde  4492 = Lungen- und Bronchialheilkunde  4500 = Allgemeine Chirurgie  4513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie  4516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie  4518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie  4519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie  4520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie  4523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie  4536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  4550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie  4551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie  4590 = Allgemeine Chirurgie  4591 = Allgemeine Chirurgie  4592 = Allgemeine Chirurgie  4600 = Unfallchirurgie  4690 = Unfallchirurgie  4691 = Unfallchirurgie  4692 = Unfallchirurgie  4700 = Neurochirurgie  4790 = Neurochirurgie  4791 = Neurochirurgie  4792 = Neurochirurgie  4800 = Gefäßchirurgie  4890 = Gefäßchirurgie  4891 = Gefäßchirurgie  4892 = Gefäßchirurgie  4900 = Plastische Chirurgie  4990 = Plastische Chirurgie  4991 = Plastische Chirurgie  4992 = 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 BPfIV 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 </p>
---

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

	<p>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</p>
<p>Schlüssel <u>2-1</u>  "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Gynäkologische Operationen (15/1)

#### Textdefinition

Alle Adnexeingriffe bei Patientinnen ab 11 Jahren unter Ausschluss von Patientinnen mit gleichzeitiger Sectio caesarea und unter Ausschluss von Patientinnen mit den Diagnosen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, Harnorgane oder des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Mesotheliom des Peritoneums oder Divertikulose des Darmes

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

ALTER >= 11 UND PROZ EINSIN GYN\_OPS UND PROZ KEINSIN GYN\_OPS\_EX UND DIAG KEINSIN GYN\_ICD\_EX

##### Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 11  
und  
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle GYN\_OPS  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle GYN\_OPS\_EX  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle GYN\_ICD\_EX

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle GYN\_ICD\_EX

ICD-Kode	Titel
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis

- C18.2 Bösartige Neubildung: Colon ascendens
- C18.3 Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
- C18.4 Bösartige Neubildung: Colon transversum
- C18.5 Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
- C18.6 Bösartige Neubildung: Colon descendens
- C18.7 Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
- C18.8 Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
- C18.9 Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
- C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
- C20 Bösartige Neubildung des Rektums
- C21.0 Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
- C21.1 Bösartige Neubildung: Analkanal
- C21.2 Bösartige Neubildung: Kloakenregion
- C21.8 Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
- C22.0 Leberzellkarzinom
- C22.1 Intrahepatisches Gallengangskarzinom
- C22.2 Hepatoblastom
- C22.3 Angiosarkom der Leber
- C22.4 Sonstige Sarkome der Leber
- C22.7 Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
- C22.9 Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
- C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase
- C24.0 Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
- C24.1 Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
- C24.8 Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
- C24.9 Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
- C25.0 Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
- C25.1 Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
- C25.2 Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
- C25.3 Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
- C25.4 Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
- C25.7 Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
- C25.8 Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
- C25.9 Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
- C26.0 Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
- C26.1 Bösartige Neubildung: Milz
- C26.8 Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
- C26.9 Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
- C45.1 Mesotheliom des Peritoneums
- C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- C65 Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
- C66 Bösartige Neubildung des Ureters
- C67.0 Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae
- C67.1 Bösartige Neubildung: Apex vesicae
- C67.2 Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
- C67.3 Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
- C67.4 Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
- C67.5 Bösartige Neubildung: Harnblasenhals
- C67.6 Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
- C67.7 Bösartige Neubildung: Urachus
- C67.8 Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend
- C67.9 Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
- C68.0 Bösartige Neubildung: Urethra
- C68.1 Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse
- C68.8 Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
- C68.9 Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet
- C81.0 Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
- C81.1 Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
- C81.2 Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
- C81.3 Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
- C81.4 Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
- C81.7 Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms

- C81.9 Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C82.0 Folikuläres Lymphom Grad I
- C82.1 Folikuläres Lymphom Grad II
- C82.2 Folikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
- C82.3 Folikuläres Lymphom Grad IIIa
- C82.4 Folikuläres Lymphom Grad IIIb
- C82.5 Diffuses Follikelzentrumslymphom
- C82.6 Kutanes Follikelzentrumslymphom
- C82.7 Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
- C82.9 Folikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C83.0 Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
- C83.1 Mantelzell-Lymphom
- C83.3 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
- C83.5 Lymphoblastisches Lymphom
- C83.7 Burkitt-Lymphom
- C83.8 Sonstige nicht follikuläre Lymphome
- C83.9 Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C84.0 Mycosis fungoides
- C84.1 Sézary-Syndrom
- C84.4 Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
- C84.5 Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C84.6 Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
- C84.7 Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
- C84.8 Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C84.9 Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C85.1 B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C85.2 Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
- C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C85.9 Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C86.0 Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
- C86.1 Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom
- C86.2 T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
- C86.3 Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
- C86.4 Blastisches NK-Zell-Lymphom
- C86.5 Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
- C86.6 Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
- C88.00 Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.01 Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
- C88.20 Sonstige Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.21 Sonstige Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
- C88.30 Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.31 Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
- C88.40 Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.41 Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
- C88.70 Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.71 Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
- C88.90 Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.91 Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
- C90.00 Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.01 Multiples Myelom: In kompletter Remission
- C90.10 Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.11 Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
- C90.20 Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.21 Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
- C90.30 Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.31 Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission
- C91.00 Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.01 Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
- C91.10 Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.11 Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
- C91.30 Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission

- C91.31 Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission
- C91.40 Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.41 Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
- C91.50 Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.51 Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission
- C91.60 Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.61 Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
- C91.70 Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.71 Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
- C91.80 Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.81 Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
- C91.90 Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.91 Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
- C92.00 Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.01 Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission
- C92.10 Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.11 Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission
- C92.20 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.21 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission
- C92.30 Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.31 Myelosarkom: In kompletter Remission
- C92.40 Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.41 Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission
- C92.50 Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.51 Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
- C92.60 Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.61 Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission
- C92.70 Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.71 Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
- C92.80 Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.81 Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission
- C92.90 Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.91 Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
- C93.00 Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.01 Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission
- C93.10 Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.11 Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
- C93.30 Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.31 Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
- C93.70 Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.71 Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
- C93.90 Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.91 Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
- C94.00 Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.01 Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission
- C94.20 Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.21 Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
- C94.30 Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.31 Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
- C94.40 Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.41 Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission
- C94.60 Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.61 Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
- C94.70 Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.71 Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission
- C94.8 Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
- C95.00 Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.01 Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
- C95.10 Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.11 Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
- C95.70 Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission

- C95.71 Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
- C95.8 Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
- C95.90 Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.91 Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
- C96.0 Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
- C96.2 Bösartiger Mastzelltumor
- C96.4 Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
- C96.7 Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- C96.8 Histiozytisches Sarkom
- C96.9 Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
- D45 Polycythaemia vera
- D47.0 Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
- D47.1 Chronische myeloproliferative Krankheit
- D47.4 Osteomyelofibrose
- D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
- D47.9 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
- K57.00 Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.01 Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.02 Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.03 Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.10 Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.11 Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
- K57.12 Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.13 Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
- K57.20 Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.21 Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.22 Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.23 Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.30 Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.31 Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.32 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.33 Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.40 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.41 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.42 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.43 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.50 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.51 Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.52 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.53 Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.80 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.81 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.82 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
- K57.83 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
- K57.90 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.91 Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
- K57.92 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
- K57.93 Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

## Prozedur(en) der Tabelle GYN OPS

OPS-Kode	Titel
5-650.2	Inzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)
5-650.3	Inzision des Ovars: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-650.4	Inzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-650.5	Inzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-650.6	Inzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-650.7	Inzision des Ovars: Vaginal
5-650.x	Inzision des Ovars: Sonstige
5-650.y	Inzision des Ovars: N.n.bez.
5-651.80	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.81	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.82	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.83	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.84	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.85	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Vaginal
5-651.8x	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Sonstige
5-651.90	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.91	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.93	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.94	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.95	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Vaginal
5-651.9x	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Sonstige
5-651.a0	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.a1	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.a2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.a3	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.a4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.a5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Vaginal
5-651.ax	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Sonstige
5-651.b0	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.b1	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.b3	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.b4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.b5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Vaginal
5-651.bx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Sonstige
5-651.x0	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.x1	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.x2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.x3	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.x4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.x5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Vaginal
5-651.xx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Sonstige
5-651.y	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: N.n.bez.
5-652.40	Ovariektomie: Restovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-652.41	Ovariektomie: Restovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-652.42	Ovariektomie: Restovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)

- 5-652.43 Ovariectomie: Restovariectomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-652.44 Ovariectomie: Restovariectomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-652.45 Ovariectomie: Restovariectomie: Vaginal
- 5-652.4x Ovariectomie: Restovariectomie: Sonstige
- 5-652.50 Ovariectomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-652.51 Ovariectomie: Partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-652.52 Ovariectomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-652.53 Ovariectomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-652.54 Ovariectomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-652.55 Ovariectomie: Partiell: Vaginal
- 5-652.5x Ovariectomie: Partiell: Sonstige
- 5-652.60 Ovariectomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-652.61 Ovariectomie: Total: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-652.62 Ovariectomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-652.63 Ovariectomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-652.64 Ovariectomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-652.65 Ovariectomie: Total: Vaginal
- 5-652.6x Ovariectomie: Total: Sonstige
- 5-652.y Ovariectomie: N.n.bez.
- 5-653.20 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-653.21 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-653.22 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-653.23 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-653.24 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-653.25 Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal
- 5-653.2x Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Sonstige
- 5-653.30 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-653.31 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-653.32 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-653.33 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-653.34 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-653.35 Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal
- 5-653.3x Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Sonstige
- 5-653.y Salpingoovariectomie: N.n.bez.
- 5-656.80 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-656.81 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-656.82 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-656.83 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-656.84 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-656.85 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Vaginal
- 5-656.8x Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Sonstige
- 5-656.90 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-656.91 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-656.92 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-656.93 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-656.94 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-656.95 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Vaginal
- 5-656.9x Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Sonstige
- 5-656.a0 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-656.a1 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-656.a2 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-656.a3 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

- 5-656.a4 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-656.a5 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Vaginal
- 5-656.ax Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Sonstige
- 5-656.x0 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-656.x1 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-656.x2 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-656.x3 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-656.x4 Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-656.xx Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Vaginal
- 5-656.xy Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Sonstige
- 5-656.y Plastische Rekonstruktion des Ovars: N.n.bez.
- 5-657.60 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.61 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.63 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.64 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.65 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal
- 5-657.6x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Sonstige
- 5-657.70 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.71 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.72 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.73 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.74 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.75 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal
- 5-657.7x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Sonstige
- 5-657.80 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.81 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.82 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.83 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.84 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.85 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal
- 5-657.8x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Sonstige
- 5-657.90 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.91 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.92 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.93 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.94 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.95 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal
- 5-657.9x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Sonstige
- 5-657.x0 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)

- 5-657.x1 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.x2 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.x3 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.x4 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.x5 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal
- 5-657.xx Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Sonstige
- 5-657.y Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: N.n.bez.
- 5-658.6 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens
- 5-658.7 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar
- 5-658.8 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina
- 5-658.9 Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert
- 5-658.x Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Sonstige
- 5-658.y Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: N.n.bez.
- 5-659.20 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-659.21 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-659.22 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-659.23 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-659.24 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-659.25 Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal
- 5-659.2x Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Sonstige
- 5-659.x0 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-659.x1 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-659.x2 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-659.x3 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-659.x4 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-659.x5 Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Vaginal
- 5-659.xx Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Sonstige
- 5-659.y Andere Operationen am Ovar: N.n.bez.
- 5-660.2 Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-660.3 Salpingotomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-660.4 Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-660.5 Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-660.6 Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-660.7 Salpingotomie: Vaginal
- 5-660.x Salpingotomie: Sonstige
- 5-660.y Salpingotomie: N.n.bez.
- 5-661.40 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-661.41 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-661.42 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-661.43 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-661.44 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-661.45 Salpingektomie: Restsalpingektomie: Vaginal
- 5-661.4x Salpingektomie: Restsalpingektomie: Sonstige
- 5-661.50 Salpingektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-661.51 Salpingektomie: Partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-661.52 Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-661.53 Salpingektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-661.54 Salpingektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-661.55 Salpingektomie: Partiell: Vaginal
- 5-661.5x Salpingektomie: Partiell: Sonstige
- 5-661.60 Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-661.61 Salpingektomie: Total: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-661.62 Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-661.63 Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-661.64 Salpingektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-661.65 Salpingektomie: Total: Vaginal
- 5-661.6x Salpingektomie: Total: Sonstige

- 5-661.y Salpingektomie: N.n.bez.
- 5-663.00 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.01 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.02 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.03 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.04 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.05 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Vaginal
- 5-663.0x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Sonstige
- 5-663.10 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.11 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.12 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.13 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.14 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.15 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Vaginal
- 5-663.1x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Sonstige
- 5-663.20 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.21 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.22 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.23 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.24 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.25 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Vaginal
- 5-663.2x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Sonstige
- 5-663.30 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.31 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.32 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.33 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.34 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.35 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Vaginal
- 5-663.3x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Sonstige
- 5-663.40 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.41 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.42 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.43 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.44 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.45 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Vaginal
- 5-663.4x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Sonstige
- 5-663.50 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)

- 5-663.51 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.52 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.53 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.54 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.55 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Vaginal
- 5-663.5x Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Sonstige
- 5-663.x0 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-663.x1 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-663.x2 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-663.x3 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-663.x4 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-663.x5 Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Vaginal
- 5-663.xx Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Sonstige
- 5-663.y Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: N.n.bez.
- 5-665.40 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-665.41 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-665.42 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-665.43 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-665.44 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-665.45 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Vaginal
- 5-665.4x Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Sonstige
- 5-665.50 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-665.51 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-665.52 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-665.53 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-665.54 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-665.55 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Vaginal
- 5-665.5x Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Sonstige
- 5-665.x0 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-665.x1 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-665.x2 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-665.x3 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-665.x4 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-665.x5 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal
- 5-665.xx Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Sonstige
- 5-665.y Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: N.n.bez.
- 5-666.80 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-666.81 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-666.82 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-666.83 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

- 5-666.84 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-666.85 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Vaginal
- 5-666.8x Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Sonstige
- 5-666.90 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-666.91 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-666.92 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-666.93 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-666.94 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-666.95 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Vaginal
- 5-666.9x Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Sonstige
- 5-666.a0 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-666.a1 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-666.a2 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-666.a3 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-666.a4 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-666.a5 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Vaginal
- 5-666.ax Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Sonstige
- 5-666.b0 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-666.b1 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-666.b2 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-666.b3 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-666.b4 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-666.b5 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Vaginal
- 5-666.bx Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Sonstige
- 5-666.x0 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-666.x1 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-666.x2 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-666.x3 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-666.x4 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-666.x5 Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal
- 5-666.xx Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Sonstige
- 5-666.y Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: N.n.bez.
- 5-667.0 Insufflation der Tubae uterinae: Pertubation
- 5-667.1 Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation
- 5-667.2 Insufflation der Tubae uterinae: Hydropertubation
- 5-667.x Insufflation der Tubae uterinae: Sonstige
- 5-667.y Insufflation der Tubae uterinae: N.n.bez.
- 5-669 Andere Operationen an der Tuba uterina
- 5-683.10 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-683.11 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal
- 5-683.12 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-683.13 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-683.14 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-683.15 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-683.1x Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Sonstige
- 5-683.20 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-683.21 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal
- 5-683.22 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-683.23 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-683.24 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-683.25 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-683.2x Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Sonstige
- 5-683.60 Uterusexstirpation [Hysterektomie]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-683.61 Uterusexstirpation [Hysterektomie]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal
- 5-683.62 Uterusexstirpation [Hysterektomie]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert

- [5-683.63 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Endoskopisch \(laparoskopisch\)](#)
- [5-683.64 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch](#)
- [5-683.65 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch](#)
- [5-683.6x Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Sonstige](#)
- [5-683.70 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch \(abdominal\)](#)
- [5-683.71 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal](#)
- [5-683.72 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert](#)
- [5-683.73 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch \(laparoskopisch\)](#)
- [5-683.74 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch](#)
- [5-683.75 Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch](#)
- [5-683.7x Uterusexstirpation \[Hysterektomie\]:Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Sonstige](#)
- 5-687.0 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Vordere
- 5-687.1 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Hintere
- 5-687.2 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Totale
- 5-687.30 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominal
- 5-687.31 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominoperineal
- 5-687.3x Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Sonstige
- 5-687.y Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: N.n.bez.
- 5-689.x Andere Inzision und Exzision des Uterus: Sonstige
- 5-689.y Andere Inzision und Exzision des Uterus: N.n.bez.
- 5-744.00 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.01 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.02 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.03 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.04 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.05 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Vaginal
- 5-744.0x Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Sonstige
- 5-744.10 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.11 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.12 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.13 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.14 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.15 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal
- 5-744.1x Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Sonstige
- 5-744.20 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.21 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.22 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.23 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.24 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.25 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal
- 5-744.2x Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Sonstige
- 5-744.30 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.31 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.32 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)

- 5-744.33 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.34 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.35 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal
- 5-744.3x Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Sonstige
- 5-744.40 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.41 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.42 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.43 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.44 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.45 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal
- 5-744.4x Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Sonstige

### Prozedur(en) der Tabelle GYN\_OPS\_EX

#### OPS-Kode Titel

- 5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär
- 5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär
- 5-740.y Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
- 5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
- 5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
- 5-741.2 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
- 5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
- 5-741.4 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision
- 5-741.5 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
- 5-741.x Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
- 5-741.y Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
- 5-742.0 Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
- 5-742.1 Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
- 5-742.y Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
- 5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio
- 5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
- 5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
- 5-749.x Andere Sectio caesarea: Sonstige
- 5-749.y Andere Sectio caesarea: N.n.bez.

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Gynäkologische Operationen (15/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□  http://www.arge-ik.de	<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. 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>
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p>
4	Betriebsstätten-Nummer	□□  Gültige Angabe: >= 1	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.

			<p>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><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Fachabteilung	<p>□□□□</p> <p><u>siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</u> § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-
6	Identifikationsnummer der Patientin	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
9	Aufnahmediagnose(n)	<p>1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ ICD-10-GM</p>	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.

		<a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	
<b>Operation (O)</b>			
<b>Anamnese/Untersuchung</b>			
10	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
11	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus	<input type="checkbox"/> Angabe nur in Hessen  1 = ja	-
12	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> ASA  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 erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchortenaneurysma) [...]"  Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
13	Voroperation im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Hiermit sind Voroperationen im kleinen Becken gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind.
<b>Prophylaxe</b>			
14	perioperative Antibiotikaprophylaxe	<input type="checkbox"/> Angabe nur in Hessen  0 = nein 1 = ja	-
<b>Operation</b>			

15	OP-Datum	□□.□□.□□□□	<p>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) bzw. Arzteinformationssystem (AIS) verwendet werden.</p>
16	Operation	<p>1.□-□□□.□□                  2.□-□□□.□□                  3.□-□□□.□□                  4.□-□□□.□□                  5.□-□□□.□□                  6.□-□□□.□□                  7.□-□□□.□□                  8.□-□□□.□□                  9.□-□□□.□□                  10.□-□□□.□□                  alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs   <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals <b>Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung</b> eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Ovar, Niere 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 Seitenbezeichnung wird hinter dem Kode und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel.                  Beispiel: Für den OPS-Kode 5-653.30 (Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)) als Einschlussprozedur für den Datensatz Gynäkologische Operationen ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-653.30:R, 5-653.30:L oder 5-653.30:B. Die Dokumentation des Kodes 5-653.30 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2020</del><u>2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><u>2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><u>2021</u> aufgenommen worden ist.</p>

Wenn (Salpingo-)Ovariectomie unter Operation (OPS) kodiert 5-652.4**, 5-652.6**, 5-652.y, 5-653.2*, 5-653.3**, 5-653.y, 5-683.1**			
17	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn beide Ovarien vollständig entfernt wurden, ist "nein" anzugeben.
<b>Komplikationen</b>			
18	intraoperative Komplikationen	<input type="checkbox"/> durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja	<p>"Ja" ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.            "Nein" ist anzugeben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 die intraoperative Komplikation <b>nicht</b> durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</li> <li>2 der in diesem Operationsbogen zu dokumentierende (QS-pflichtige) Eingriff ausschließlich zur Behebung einer Komplikation indiziert war (z.B. im Falle einer durch eine Abrasio verursachte Perforation des Uterus und einer anschließenden Versorgung der Läsion durch einen laparoskopischen oder offen chirurgischen Eingriff, ist die intraoperative Komplikation zu verneinen) und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist.</li> </ol> <p>Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn die Patientin <u>intraoperativ</u> zu klinischem Schaden kommt, <u>der intraoperativ oder postoperativ nach Stunden bzw. wenigen Tagen erkannt bzw. symptomatisch wird</u> und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>alle Verletzungen, die noch während der QS-pflichtigen Operation auftreten oder einen Re-Eingriff (bzw. Re-Operation oder Re-Intervention) zur Komplikationsbehandlung notwendig machen</u></li> <li>○ <u>alle Verletzungen, die eine Wiederaufnahme zur Re-Operation oder Verlegung (Komplikationsbehandlung) begründen deren Versorgung die OP-Zeit deutlich verlängern</u></li> </ul> </li> </ul> <p>NICHT anzugeben <u>als intraoperative Komplikationen</u> sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>geplante</u>, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsioolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen.</li> <li>• <u>im weiteren Verlauf (Wochen/Monaten) vorgenommene Operationen, deren Indikation zwar kausal mit der QS-pflichtigen Operation zusammenhängt, deren</u></li> </ul>

			<u>Symptome sich aber erst im weiteren Verlauf zeigen (z.B. Trokarhernien, Narbenkeloid, Wundinfektion)</u>
<b>wenn Feld 18 = 1</b>			
19.1	Blase	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.2	Harnleiter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.3	Urethra	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.4	Darm	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.5	Uterus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.6	Gefäß-/Nervenläsion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.7	Lagerungsschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.8	andere Organverletzungen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19.9	andere intraoperative Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Histologie</b>			
20	postoperative Histologie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 20 = 1</b>			
21	führender Befund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <u>2-1</u> "Histologie"	<p>Bei mehrzeitigem Vorgehen ist der gravierendste histologische Befund einzutragen.</p> <p>Erläuterungen zu einzelnen Schlüsselwerten (Schlüssel: Histologie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 01, 28, 38, 78: Histologisch Normalbefund ist dann zu dokumentieren, wenn keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung vorliegt.</li> <li>- Eine Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste (Schlüsselwert 02) ist eine nicht pathologische, zyklusabhängige Veränderung des normalen Ovars, bei der eine Therapie i. d. R. meist nicht indiziert ist.</li> </ul> <p>Benigne Befunde: Histologieveränderungen sind mit den Schlüsselwerten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 20, 30, 70, 71 oder 80 zu dokumentieren. Sonstige Veränderungen mit potentieller Malignität sind mit dem Schlüsselwert 10 = "Adnexe: Borderline- Veränderungen" oder Schlüsselwert 21 = "Cervix uteri: Dysplasie" anzugeben.</p>

			<p>- Metastasen und lokale Infiltration der Adnexe, der Cervix uteri, des Corpus uteri oder der Vagina/Vulva durch andere Primärtumoren sind mit "11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome ", "29 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind ", "39 = Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind ", "79 = Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind" zu dokumentieren.</p> <p><u>–Die Schlüsselwerte 19, 29, 39, 79, 81 sind unspezifische Codes. Sie können sowohl für benigne als auch maligne Veränderungen verwendet werden, die sich durch Auswahl der spezifischen Schlüsselwerte nicht abbilden lassen. Nur bei malignen Befunden besteht eine Dokumentationspflicht hinsichtlich der Tumorformel.</u></p>
<b>wenn führender Befund maligne</b>			
22	pT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <u>3-2</u> "pT pathologische Klassifikation: primärer Tumor (pTNM)"	-
23	pN	<input type="checkbox"/> 0 = 0 1 = 1 X = X	-
24	M	<input type="checkbox"/> 0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt	Die Kategorie MX wurde in der 7. Auflage der TNM-Klassifikation nach UICC 2010 (p. 10) gestrichen. Begründung: Die Kategorie MX wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist (die Verwendung von MX kann zum Ausschluss vom Staging führen).
25	G	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 B = B X = X	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert 4 = undifferenziert B = Karzinom niedrigmaligner Potenz (früher Borderline-Malignität) X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden
<b>Blasentleerung</b>			
26	assistierte Blasenentleerung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 26 = 1</b>			
27.1	wiederholte Einmalkatheterisierung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
27.2	transurethraler Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

27.3	suprapubischer Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 26 =1</b>			
28	Dauer der assistierten Blasenentleerung	<input type="checkbox"/> 1 = > <del>0</del> <del>Stunden und</del> ≤ <u>128</u> Stunden 2 = > <u>128</u> Stunden und ≤ <u>2446</u> Stunden 3 = > <u>2446</u> Stunden und ≤ <u>3624</u> Stunden 4 = > <u>3624</u> Stunden und ≤ <u>4832</u> Stunden 5 = > <u>4832</u> Stunden <del>und</del> ≤ <u>40</u> <del>Stunden</del> 6 = > <u>40</u> <del>Stunden und</del> ≤ <u>48</u> <del>Stunden</del> 7 = > <u>48</u> <del>Stunden</del>	-
<b>Basis (B)</b>			
<b>Entlassung</b>			
29	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG- Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG- Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 10.01. <del>2020</del> <u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <del>2020</del> <u>2021</u> bis zum 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2020</del> <u>2021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> <u>2021</u>
30	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10- GM-Katalog: Im Jahr <del>2020</del> <u>2021</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del> <u>2021</u> gültigen ICD-10-GM- Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del> <u>2021</u> aufgenommen worden ist.

31	Entlassungsgrund	<a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 4.3 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
----	------------------	--	---

## Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>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</p>
-------------------------------	--

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, Tagesambulanz  
 2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz  
 2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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/Tagesambulanz (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-Chirurgie  
 3652 – Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie  
 3690 – Intensivmedizin  
 3691 – Intensivmedizin  
 3692 – Intensivmedizin  
 3700 – sonstige Fachabteilung  
 3750 – Angiologie  
 3751 – Radiologie  
 3752 – Palliativmedizin  
 3753 – Schmerztherapie

	<p>3754 – Heiltherapeutische Abteilung  3755 – Wirbelsäulen Chirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Histologie"	<p>01 = Adnexe: Normalbefund  02 = Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste  03 = Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste)  04 = Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom)  05 = Adnexe: Endometriose  06 = Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide)  07 = Adnexe: Entzündung  08 = Adnexe: Extrauterin gravidität  09 = Adnexe: Stieldrehung  10 = Adnexe: Borderline-Veränderungen  11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome  19 = Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind  20 = Cervix uteri: Ektopie  21 = Cervix uteri: Dysplasie  22 = Cervix uteri: Carcinoma in situ  23 = Cervix uteri: invasives Karzinom la  24 = Cervix uteri: invasives Karzinom &gt; la  28 = Cervix uteri: histologisch Normalbefund  29 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind  30 = Corpus uteri: Myom  31 = Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive  38 = Corpus uteri: histologisch Normalbefund  39 = Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind  70 = Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung  71 = Vagina/Vulva: benigne Neoplasien  72 = Vagina/Vulva: maligne Neoplasien  78 = Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund  79 = Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind  80 = Endometriose anderer Lokalisationen  81 = Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen</p>
Schlüssel <u>3-2</u> "pT pathologische Klassifikation: primärer Tumor (pTNM)"	<p>0 = 0  1 = 1  1a = 1a  1a1 = 1a1  1a2 = 1a2  1b = 1b  1b1 = 1b1  1b2 = 1b2  1c = 1c  1c1 = 1c1  1c2 = 1c2  1c3 = 1c3  2 = 2  2a = 2a  2b = 2b  2c = 2c  3 = 3  3a = 3a  3b = 3b  3c = 3c  4 = 4  X = X  is = is</p>
Schlüssel <u>4-3</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p>

	<p>03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers</p> <p>06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>07 = Tod</p> <p>08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>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</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung</p> <p>25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>
--	---

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Geburtshilfe (16/1)

#### Textdefinition

Alle im Krankenhaus erfolgten Geburten

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN GEB\_OPS ODER DIAG EINSIN GEB\_ICD

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle GEB\_OPS  
oder  
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle GEB\_ICD

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle GEB\_ICD

###### ICD-Kode Titel

Z37.0	Lebendgeborener Einling
Z37.1	Totgeborener Einling
Z37.2	Zwillinge, beide lebendgeboren
Z37.3	Zwillinge, ein Zwilling lebend-, der andere totgeboren
Z37.4	Zwillinge, beide totgeboren
Z37.5	Anderer Mehrlinge, alle lebendgeboren
Z37.6	Anderer Mehrlinge, einige lebendgeboren
Z37.7	Anderer Mehrlinge, alle totgeboren
Z37.9	Resultat der Entbindung, nicht näher bezeichnet

##### Prozedur(en) der Tabelle GEB\_OPS

###### OPS- Titel

Kode	
5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte
5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige
5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange
5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell
5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell
5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell
5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige

- 5-725.y Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.
- 5-727.0 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen
- 5-727.1 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen
- 5-727.2 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe
- 5-727.3 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe
- 5-727.x Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige
- 5-727.y Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.
- 5-728.0 Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang
- 5-728.1 Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte
- 5-728.x Vakuumentbindung: Sonstige
- 5-728.y Vakuumentbindung: N.n.bez.
- 5-729 Andere instrumentelle Entbindung
- 5-732.2 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen
- 5-732.3 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken
- 5-732.4 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation
- 5-732.5 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling
- 5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär
- 5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär
- 5-740.y Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
- 5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
- 5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
- 5-741.2 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
- 5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
- 5-741.4 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision
- 5-741.5 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
- 5-741.x Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
- 5-741.y Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
- 5-742.0 Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
- 5-742.1 Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
- 5-742.y Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
- 5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio
- 5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
- 5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
- 5-749.x Andere Sectio caesarea: Sonstige
- 5-749.y Andere Sectio caesarea: N.n.bez.
- 8-515 Partus mit Manualhilfe
- 9-260 Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
- 9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
- 9-268 Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Geburtshilfe (16/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Mutter (M)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <b>Achtung:</b> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung  00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht-Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	<del>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT</del>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3.1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□ gemäß eGK Versichertenkarte	<b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.  Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen.

			<p>Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
3.2	Nachname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
4	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß eGK Versichertenkarte	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vorsatzworte der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vorsatzworte sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Vorsatzworte sind z.B. von, zu, van, von der, unter usw.</p> <p>Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.</p>
5.1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß eGK Versichertenkarte	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen.</p> <p>Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5.2	Vorname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Basisdokumentation</b>			

6	Institutionskennzeichen	<p>□□□□□□□□</p> <p><a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a></p>	<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. 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>
7	entlassender Standort	<p>□□□□□□□□</p>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p>
8.1	entbindender Standort	<p>□□□□□□□□</p> <p>gemäß auslösendem OPS-Kode</p>	<p>Der "entbindende Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode (z.B. 9-260 = Überwachung und Leitung einer normalen Geburt) erbringt.</p> <p>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der Geburtsdokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der "entbindende Standort" ist der Standort, an dem die Entbindung stattfindet, z.B. im Entbindungsraum, im Kreißaal oder im OP. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen-</p>

			und Leistungsverchlüsselung direkt vor Ort, z.B. im OP.
8.2	diagnostizierender Standort (ICD)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem ICD-Kode	Der "diagnostizierende Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Diagnose gemäß auslösendem ICD-Kode (z.B. Z37.0 = Lebendgeborener Einling) stellt. Hierbei ist nicht der kodierende, sondern der diagnostizierende Standort gemeint.  Bei den auslösenden ICD-Kodes handelt es sich um die im Kodierungssystem bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Diagnosen, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussdiagnosen des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der "diagnostizierende Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Diagnose gestellt wird.
9	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	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.  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.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
10	Fachabteilung	□□□□  siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
11	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird

			dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
12	Geburtsnummer	<input type="text" value="□□□□"/>	<p>Die 4-stellige Geburtsnummer identifiziert für Sie eine Geburt innerhalb Ihrer Klinik (identisch mit der Nummer aus dem Geburtenbuch). Sie sollte jedes Jahr neu bei "0001" beginnen und innerhalb eines Jahres fortlaufend sein, um Ihnen und uns eine Vollständigkeitskontrolle zu ermöglichen.</p> <p>In Einzelfällen kann es vorkommen, dass keine Geburtsnummer vergeben wird (z. B. können auch Spätaborte vom QS-Filter ausgelöst werden). In diesen Fällen konnte <b>bisher</b> eine "9999" dokumentiert werden. Für diese Fälle soll <b>jetzt</b> ein <b>Minimaldatensatz</b> dokumentiert werden.</p>
13	Anzahl Mehrlinge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	<p>Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein.</p> <p><u>Folgender Sonderfall ist bekannt:</u></p> <p><u>Bei der Dokumentation ist Absatz 3 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung – PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: <a href="https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html">https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html</a>) zu beachten:</u></p> <p><u>(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.</u></p> <p><u>(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn</u></p> <p><u>1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder</u></p>

		<p><u>2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...]</u>  <u>(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</u>  <u>Dokumentationsbeispiel:</u>  <u>Bei einer Zwillingsschwangerschaft mit einem intrauterinen Fruchttod eines Kindes mit einem Gewicht unter 500 Gramm und unter 24+0 Schwangerschaftswochen (gemäß PStV Absatz 2 als Fehlgeburt definiert), ist im Datenfeld „Anzahl Mehrlinge“ „= 2“ einzutragen. Der verstorbene Mehrling ist als Totgeburt „= 1“ mit korrekter Angabe des Geburtsgewichts und des Gestationsalters zu dokumentieren. Hierdurch wird das Geburtsrisiko korrekt wiedergegeben.</u></p> <p><u>Folgender Sonderfall ist bekannt:</u>  <u>In Anlehnung an § 31 der Verordnung zur Ausführung des Personenstandgesetzes (Personenstandsverordnung (PStV)) ist eine Fehlgeburt abweichend von Absatz 3 PStV als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 (PStV) zu beurkunden ist.</u>  <u>Das bedeutet, dass eine Totgeburt &lt;500g, die laut Personenstandsverordnung als Fehlgeburt definiert ist, wenn sie Teil einer Mehrlingsschwangerschaft ist, z. B. bei einer Zwillingsschwangerschaft mit intrauterinem Fruchttod eines Zwillings mit einem Gewicht unter 500g, im Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" als Totgeburt zu dokumentieren ist, d.h. in diesem Beispiel: Anzahl Mehrlinge "2". Auch verhindert eine Plausibilitätsregel, dass bei</u></p>
--	--	---

			<p>einer  <del>"Einlingsschwangerschaft" als Schwangerschaftsbefund "35 – Mehrlingsschwangerschaft" dokumentiert wird.</del>  <u>Die Dokumentation in dem geschilderten Sonderfall muss also folgendermaßen erfolgen:</u>                  Eintrag im Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" "Anzahl der Mehrlinge – 2" und Dokumentation des verstorbenen Mehrlings als Totgeburt mit korrekter Angabe des Geburtsgewichts. Damit wird das Geburtsrisiko korrekt dokumentiert. Eine Verfälschung der Auswertung von Totgeburten erfolgt nicht, da als Totgeburten nur Fälle mit einem Geburtsgewicht &gt;500g gezählt werden.</p>
14	Versorgungsstufe	<input type="checkbox"/> 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = Geburtsklinik 5 = sonstiges	Hier ist die "Versorgungsstufe" der Geburtsklinik gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anzugeben.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<b>Basisdokumentation - Mutter</b>			
15	Geburtsdatum der Schwangeren	□□.□□.□□□□	-
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z. B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>                  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>                  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum</p>

			Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> 2021.
17	Aufnahmeuhrzeit	□□:□□	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme der Schwangeren an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit "24:00" nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
18	Aufnahmediagnose Mutter	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
19	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	-
20	5-stellige PLZ des Wohnortes	□□□□□	-
21	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	□□  Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	-
<b>wenn Feld 21 &gt; 0</b>			
22	Anzahl Lebendgeburten	□□  Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
23	Anzahl Totgeburten	□□  Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
<b>Jetzige Schwangerschaft</b>			
24	Befunde im Mutterpass vorhanden	□  0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass	Wurden keine Befunde im Mutterpass angegeben, tragen Sie "nein" ein, andernfalls dokumentieren Sie mit "ja".
<b>wenn Feld 24 IN (1;2)</b>			
25	Befunde im Mutterpass	1.□□ 2.□□ 3.□□ 4.□□	In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen.

		<p>5.□□ 6.□□ 7.□□ 8.□□ 9.□□ 10.□□ ... 56.□□</p> <p>siehe Schlüssel 12 "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"</p>	<p>Die Angabe des Schwangerschaftsbefunds "35 = Mehrlingsschwangerschaft" kann jedoch aufgrund einer Plausibilitätsregel zu einem Konflikt mit dem Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" führen und einen Hinweis (weichen Fehler) auslösen. Die Mehrlingsschwangerschaft wird zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft festgestellt. Dagegen wird die Mehrlingsgeburt ("Anzahl Mehrlinge" 2 oder mehr) zum Zeitpunkt der Geburt festgestellt. In der Zwischenzeit kann sich jedoch die Anzahl der zu dokumentierenden "Mehrlinge" verringern.</p> <p>Zur Berechnung des Risikos "Vielgebärender" ist folgendermaßen vorzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mehrlingsschwangerschaften werden als eine Geburt gezählt</li> <li>• Aborte werden nicht gezählt</li> <li>• die aktuelle Schwangerschaft wird nicht mitgezählt</li> </ul> <p>Beachten Sie auch, dass bei manchen Schwangerschaftsbefunden gegebenenfalls eine Übertragung als Geburtsrisiko erforderlich wird, z. B. beim Diabetes mellitus Schwangerschaftsbefund "09" und Geburtsrisiko "68".</p>
26	Indikation für stat. Aufenthalt	<p>1.□□ 2.□□</p> <p>siehe Schlüssel 2 "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"</p>	-
27	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	<p>□□</p> <p>Gültige Angabe: &gt;= 0 Angabe ohne Warnung: &gt;= 3</p>	Hier ist die Anzahl der im Mutterpass eingetragenen Vorsorgeuntersuchungen vor Geburtsbeginn gefragt (also nicht die Aufnahmeuntersuchung bei Aufnahme in die Klinik).
28	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<p>☐</p> <p>0 – nein 1 – ja 2 – aus Mutterpass nicht ermittelbar</p>	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des

			Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter "B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf" Zeile "50 Gestationsdiabetes". Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
<b>wenn Feld 28 = 1</b>			
29	Vortest auffällig	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter "B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf" Zeile "50 Gestationsdiabetes". Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
30	Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 2 = aus Mutterpass nicht ermittelbar	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter "B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf" Zeile "50 Gestationsdiabetes". Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
<b>wenn Feld 30 = 1</b>			
31	Diagnosetest auffällig	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter "B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf" Zeile "50

			Gestationsdiabetes". Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
32	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 10 - 350 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 170 kg	Geben Sie bitte das Körpergewicht bei der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft in vollen Kilogramm ohne Nachkommastellen an. Dezimalzahlen auf- bzw. abrunden. Bedenken Sie gegebenenfalls die Angabe "10 = Adipositas" bei den Schwangerenrisiken. Die Angaben sind aus dem Mutterpass zu erheben <u>oder</u> <u>oder in der Klinik zu messen, anamnestisch während des stationären Aufenthaltes zu erfragen.</u>
33	Körpergröße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 100 - 210 cm	-
34	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	<input type="text"/>	Berechneter gegebenenfalls durch Ultraschallbefund korrigierter Geburtstermin. Datum des berechneten Entbindungstermins = Datum des ersten Tages der letzten Menstruation + 280 Tage. Die Dauer einer unkomplizierten Schwangerschaft wird auf 280 Tage = 40 Wochen post menstruationem festgesetzt. Dies dient als Orientierung für die Abgrenzung weiterer Intervalle beispielsweise für Frühgeborene und Übertragene.  Aus den Ergebnissen einer Studie (Mittendorf R, Williams MA, Berkey CS, Cotter PF. The length of uncomplicated human gestation. Obstet Gynecol 1990 Jun;75(6):929-32) wird gefolgert, dass die durchschnittliche Dauer der unkomplizierten Schwangerschaft einer Primipara 288 Tage und einer Multipara 283 Tage beträgt.  In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinien: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Längenmaße des Kindes mittels Ultraschalluntersuchung das Schwangerschaftsalter in Wochen und Tagen ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Bestimmung soll vorrangig

			dokumentiert werden. Das Ergebnis aus der Berechnung des Geburtstermins mit Hilfe des ersten Tages der letzten Menstruationsperiode wird bestätigt, wenn es keine Abweichung gibt. Es soll durch das Ultraschallergebnis ersetzt und somit korrigiert werden, wenn es eine Abweichung gibt. Bei abweichenden Werten hat der mit dem Ultraschall bestimmte Wert Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).
<b>wenn Feld 25 EINSIN (38) oder wenn Feld 34 = LEER</b>			
35	Klinisches Gestationsalter	<input type="checkbox"/> Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 0 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	Klinisches Gestationsalter. Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonographischer Befund vorliegt, kann hier das klinisch geschätzte Gestationsalter angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann das Gestationsalter postpartal in Wochen geschätzt werden. Dabei werden die physischen und neurologischen Reifemerkmale unabhängig von den Körperwerten untersucht. Die Angabe auf den Tag genau ist bei einer groben Schätzung eine Pseudogenauigkeit. Die Befundung der Körperwerte in der Spätschwangerschaft ist nicht brauchbar, da ein Kind mit einem Schwangerschaftsalter von 38 Wochen geboren werden kann und aufgrund einer intrauterinen Wachstumsverzögerung das Gewicht und die Länge von Kindern haben kann, die im Mittel nach einer Schwangerschaftsalter von 34 Wochen geboren werden.
<b>Angaben zur Entbindung</b>			
36	Aufnahmeart	<input type="checkbox"/> 1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	" <del>Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme</del> ": Kinder, die während des Transportes geboren sind, auch wenn die Geburt vom Krankenhaus nicht abgerechnet werden kann. In diesem seltenen Fall greift die außerklinische Qualitätssicherung nicht. Wenn ein Kind vor Erreichen des Krankenhauses geboren wurde, die Plazenta aber erst im Krankenhaus, führt dies als Einschlussprozedur zur Auslösung eines QS-Bogens. Die Dokumentation

			<p><del>der außerklinischen Geburten wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. durchgeführt;</del>  Internet:<a href="http://www.quag.de">http://www.quag.de</a></p>
37	Muttermundsweite bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 15 cm Angabe ohne Warnung: <= 10 cm	<p>Hier geben Sie die Muttermundsweite in Zentimeter bei der Aufnahmeuntersuchung im Kreißsaal an. Nur auszufüllen, wenn die Geburt nach der Aufnahme war.</p>
38	Antenatale Kortikosteroidtherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	<p>Bitte geben Sie an, ob eine antenatale Kortikosteroidtherapie durchgeführt wurde.</p> <p>Die Frage ist auch zu bejahen, wenn erst eine Gabe vorgenommen werden konnte, weil das Kind vor Ablauf von 24 Stunden seit dem Beginn der Therapie geboren wurde.</p> <p>Wurde die antenatale Kortikosteroidtherapie bereits ambulant oder in einer anderen Klinik begonnen, ist dies über "ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern" zu kodieren. Eine antenatale Kortikosteroidtherapie umfasst in Deutschland bei gegebener Indikation einen Zyklus, d.h. 2 Gaben mit jeweils 12 mg Betamethason i.m. an die Schwangere in einem Abstand von 24 Stunden. Diese Therapie bewirkt bei den Kindern die Induktion von oberflächenaktiven Substanzen in der Lunge. Eine geringere Morbidität und Mortalität bei diesen Kindern nach der Geburt ist bewiesen. In Leitlinien wird der Einsatz bei drohender Frühgeburt in einem Schwangerschaftsalter von bis zu 34 vollendeten Wochen empfohlen. Mittels i.v.-Tokolyse kann die Geburt um 48 Stunden ab Behandlungsbeginn verzögert werden, um ausreichend Zeit für die Wirkung des Medikaments gewinnen zu können. Auch vor Ablauf von 48 Stunden können noch erwünschte Effekte nachgewiesen werden.</p>
wenn Feld 38 = 1			

39	Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie	□□.□□.□□□□	-
<u>neu</u>	<u>Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie</u>	<u>□□:□□</u>	-
40	Aufnahme-CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
41	Geburtsrisiken	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 41 = 1</b>			
42	Geburtsrisiko	1.□□ 2.□□ 3.□□ 4.□□ 5.□□ 6.□□ 7.□□ 8.□□ 9.□□ 10.□□ ... 39.□□  siehe Schlüssel <u>3-2</u> "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen laut Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken" ein. Beachten Sie, dass sich gegebenenfalls aus den Schwangerschaftsbefunden weitere Geburtsrisiken ergeben können. Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
43	Geburtseinleitung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
44	Wehenmittel s. p.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zur Steigerung der Wehen (Wehenmittel) verabreicht?
45	Episiotomie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige	-
<b>Komplikationen bei der Mutter</b>			
46	Damriss	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	Geben Sie bitte an, ob ein Damriss vorliegt. Wenn ein Damriss vorliegt, dann geben Sie den Grad nach der vierstufigen Einteilung nach Williams an.  <b>Damriss Schweregrad-Einteilung nach Williams</b>  Grad I                      Zerreißung der

			<p>Grad II Weiterreichende Einrisse des perianalen Sphincters</p> <p>Grad III Alle Sphincterverletzungen ohne Ektropion</p> <p>Grad IV Verletzung von Sphincter und Rectum</p> <p>Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Fischer; 2003.</p>
47	Blutung > 1000 ml	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
48	Hysterektomie/Laparotomie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
49	Sepsis	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	<p>Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p>Primäre Sepsis</p> <p>B 1 Durch Labor bestätigte primäre Sepsis</p> <p>muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von pathogenen Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren in einer oder mehreren Blutproben, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n und nachgewiesene pathogene Erreger sind nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert.</li> <li>▶ Der gleiche gewöhnliche Hautkeim wurde in mindestens zwei separaten Blutabnahmen in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren nachgewiesen, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurden, und im Blut nachgewiesener Hautkeim ist nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert</li> </ul>

			und mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: - Fieber (> 38 °C) - Schüttelfrost - Hypotonie
50	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
51	Anämie Hb < 10 g/dl	<input type="checkbox"/> < 6,2 mmol/L 0 = nein 1 = ja	Als Anämie wird hier eine Massenkonzentration des Hämoglobins im peripheren Blut von weniger als 10 g/dl oder eine Substanzkonzentration des Hämoglobin-Monomers (Hb/4) im peripheren Blut von weniger als 6,20 mmol/L festgelegt. Konversionsfaktor: g/100 ml * 0,6206 = mmol/L.
52	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen nur behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden. So ist z. B. ein nicht behandelter Descensus uteri, der nur im Arztbrief erwähnt wird, nicht zu kodieren.
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.1	Pneumonie	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a> • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a>  <b>Infektionen der Unteren Atemwege</b>  <b>C 1 a - C 1 c Pneumonie</b>  <b>C 1 a Klinisch definierte Pneumonie</b>  Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei

			<p>Kindern unter einem Jahr</p> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq</math> 12.000/mm<sup>3</sup>) oder Leukopenie (&lt; 4000/mm<sup>3</sup>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq</math> 70 Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>zwei</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>Für Patienten &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>).</p> <p><b>C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq</math></li> </ul>
--	--	--	---

			<p>12.000/mm<sup>3</sup>) oder Leukopenie (&lt; 4000/mm<sup>3</sup>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erregernachweis im Blut</li> <li>▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit</li> <li>▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste</li> <li>▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in ≥ 5 % der bei BAL gewonnenen Zellen</li> <li>▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym</li> <li>▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen</li> </ul> <p><b>C 1 c Atypische Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> </ul>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde</li> <li>▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien)</li> <li>▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf <math>\geq 1:128</math> in wiederholten Serumproben</li> <li>▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin</li> </ul>
53.2	kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
53.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
53.4	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose

53.5	Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = ja	<p>Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p><b>Harnwegsinfektionen</b></p> <p><b>D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion</b></p> <p>muss dem folgenden Kriterium entsprechen:</p> <p>▶ Mindestens eine Urinkultur <math>\geq 10^5</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen <b>und</b> Patient hat mindestens eines der folgenden Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fieber (<math>&gt; 38^\circ\text{C}</math>)</li> <li>- suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache)</li> <li>- Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache)</li> <li>- Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>- erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>- Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> </ul> <p><b>D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis</b></p> <p>muss dem folgenden Kriterium entsprechen:</p> <p>▶ Mindestens eine Urinkultur mit <math>\geq 10^5</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen <b>und</b> Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kein Fieber</li> <li>- kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>- keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im</li> </ul>
------	-------------------	---	--

			<p>costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kein Harndrang</li> <li>- keine erhöhte Miktionsfrequenz</li> <li>- keine Dysurie</li> </ul> <p><b>und</b> Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur</p> <p><b>D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege</b> (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal/perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n</li> <li>▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt</li> <li>▶ Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fieber (&gt; 38 °C)</li> <li>- lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle</li> </ul> </li> <li><b>und</b> mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle</li> <li>- Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)</li> </ul> </li> </ul>
53.6	Wundinfektion/Abszessbildung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
53.7	Wundhämatom/Nachblutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion).
53.8	sonstige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	z. B. AV-Fistel, Aneurysma spurium, Nervenläsion
<b>Entlassung / Verlegung</b>			

54	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <u>2024/2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020/2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020/2021</u> aufgenommen worden ist.
55	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Bitte hier nur weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose der Mutter angeben. Die auslösende Diagnose bitte in Item "Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter" dokumentieren.
56	Entlassungsgrund Mutter	□□  siehe Schlüssel <u>43</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
57	Entlassungsdatum Mutter	□□.□□.□□□□	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <u>2020/2021</u> bis zum 10.01. <u>2020/2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <u>2020/2021</u> bis zum 20.01. <u>2020/2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles

			ist der 05.01. <del>2020</del> <b>2021</b> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> <b>2021</b>
58	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.
<b>Kind (K)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
59	lfd. Nr. des Mehrlings	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2. Bei Einlingen eine 1 eintragen.
60	CTG-Kontrolle	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Geben Sie bitte an, ob in der geburtshilflichen Abteilung eine weitere Kardiotokographie nach dem Aufnahme-CTG durchgeführt wurde. Hier wird unterschieden zwischen externem CTG und internem CTG; ferner zwischen intermittierend, kontinuierlich bis Geburt und bei Sectio caesarea kontinuierlich bis zur Desinfektion. Geben Sie bitte jeweils für externes und internes CTG nur einen in Frage kommenden Parameter an.
<b>wenn Feld 60 = 1</b>			
61.1	externes CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit externer Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Ultraschallsonde gemeint, die auf die Bauchhaut der Schwangeren aufgelegt wird. Diese konservative Methode wird bei intakter Fruchtblase vorgenommen.
61.2	internes CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit interner Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Kopfschwartenelektrode (KSE) gemeint, die in die Kopfhaut des Kindes gedreht wird. Diese invasive Methode kann bei bereits gesprungener Fruchtblase vorgenommen werden, wenn die externe CTG keine zuverlässigen Ergebnisse liefert.
62	Blutgasanalyse Fetalblut	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn vor der Entbindung des Kindes während der Geburt eine Blutprobe vom Kind entnommen wurde

			(Fetalblutanalyse, Mikrobiutuntersuchung), dann tragen Sie bitte "1 = ja" ein.
63	Base Excess der Fetalblutanalyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 10 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - 0 mmol/l	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikrobiutuntersuchung beim Kind während der Geburt durchgeführt wurde, dann tragen Sie bitte den Wert für Base Excess in der Einheit mmol/L ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Der Wert für Base Excess wird mit einer Nachkommastelle angegeben. Beispiel: "-8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
64	pH-Wert der Fetalblutanalyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikrobiutuntersuchung beim Kind während der Geburt durchgeführt wurde, dann tragen Sie bitte den Wert für pH ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Bei nicht erfolgter Ausgabe eines dreistelligen Nachkommawertes ist für die dritte Nachkommastelle eine "0" zu setzen.
65	Lage	<input type="checkbox"/> 1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt	Geben Sie bitte an, um welche Kindslage es sich handelt. Bei vorderer Hinterhauptslage ist die regelrechte Schädellage zu kodieren. Beachten Sie bitte die entsprechenden Geburtsrisiken laut Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken".
66	Geburtsdauer ab Beginn <u>geburtswirksamer Wehender aktiven Eröffnungsperiode</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden Angabe ohne Warnung: <= 29 Stunden	<p><del>Bei einer Geburtsdauer &lt; 30 Minuten ist "0" anzugeben. Bei einer Geburtsdauer zwischen 30 Minuten und einer Stunde ist "1" anzugeben.</del></p> <p><u>Als Beginn der Geburtsdauer ist der Beginn der aktiven Eröffnungsperiode (entsprechend (inter-) national geltender Leitlinien ca. 4 cm Muttermundseröffnung) zu verstehen.</u></p> <p><u>Bei Mehrlingen ist die Geburtsdauer für jedes Kind</u></p>

			<p><u>separat zu berechnen. In der Regel gibt es nur einen Beginn der aktiven Eröffnungsperiode. Im seltenen Fall einer zweizeitigen Geburt ist es hingegen nicht zulässig für den zweiten Zwilling den Geburtsbeginn des ersten Zwillings anzugeben. In diesem Fall ist der Zeitpunkt der aktiven Eröffnungsperiode erneut zu bestimmen.</u></p> <p><u>Bei einer angefangenen Stunde bis 29 Minuten ist jeweils abzurunden, bei einer angefangenen Stunde ab 30 Minuten ist auf die nächste volle Stunde aufzurunden. Hinweis: Bei einer Geburtsdauer unter 30 Minuten ist "0" anzugeben.</u></p>
67	Entbindungsmodus	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OPS  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Siehe Anmerkung 1
<b>wenn Feld 67 NICHTIN OPS_GebSpontanEntbind</b>			
68	Indikation zur operativen Entbindung	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <u>3-2</u> "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	<p>In diesem Feld ist die Indikation zur operativen Entbindung nach dem Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken" zu dokumentieren. Ausnahmen bilden hierbei die unspezifischen Entbindungsmodi "9-260", "9-261" und "9-268". In seltenen Fällen kann es sich hier ggf. um eine operative Entbindung handeln. In diesen Fällen ist zu entscheiden, ob es sich um eine operative oder um eine spontane Entbindung handelt. Bei einer operativen Entbindung ist die Indikation zur operativen Entbindung einzutragen. Bei den Entbindungsmodi "5-727.0" und "8-515" liegt keine operative Entbindung vor. Es ist daher keine Indikation zur operativen Entbindung zu dokumentieren. Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.</p>
<b>wenn Feld 67 IN OPS_Sectio</b>			
69	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	<input type="checkbox"/>	Bitte geben Sie "ja" an, wenn eine perioperative Antibiotikaphylaxe

		0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	unmittelbar vor OP (ab Anästhesie-Einleitung) oder nach Abklemmen der Nabelschnur während der Kaiserschnitt-Entbindung durchgeführt worden ist.
<b>wenn Feld 67 IN OPS_Sectio</b>			
70	Notsektio	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klinischen Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint.
<b>wenn Feld 70 = 1</b>			
71	Hauptindikation bei Notsektio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <u>3-2</u> "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
72	E-E-Zeit bei Notsektio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 599 Minuten Angabe ohne Warnung: 1 - 19 Minuten	<u>Hier ist die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeitspanne zwischen dem Entschluss zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes aus dem Mutterleib, einzutragen.-</u>
73	Hebamme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = keine Hebamme 1 = Klinikhebamme 2 = externe Hebamme	<u>Geben Sie an, ob eine Hebamme anwesend war und ob sie Angehörige der Klinik ist oder von außerhalb der Klinik (extern) stammt. Hinweis: Gemeint ist die Anwesenheit im Kreißaal, nicht die Funktion (Beispiel: Operateur, OP-Assistenz)</u>
74	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
75	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
76	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 76 = 1</b>			
neu	<u>Datum</u>	<u>□□.□□.□□□□</u>	-
neu	<u>Uhrzeit</u>	<u>□□:□□</u>	-
<b>Basisdokumentation - Kind</b>			
77	Geburtsdatum des Kindes	□□.□□.□□□□	-
78	Uhrzeit der Geburt	□□:□□	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes an. <u>Bitte runden Sie die Uhrzeit nicht, sondern tragen Sie möglichst die minutengenaue Uhrzeit ein.</u> Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem

			Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
79	Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
80	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 1 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 1 Minute nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang.
81	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 5 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 5 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang.
82	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 10 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 10 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang.
83	Gewicht des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 500 - 4499 g	Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Gewicht ein. Wenn es sich um einen induzierten Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines toten Feten (unabhängig vom Fetalgewicht) handelt, ist in dem Fall ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.
84	Kopfumfang des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 99 cm	-

		Angabe ohne Warnung: 20 - 49 cm	
<b>wenn Feld 67 IN OPS_Sectio</b>			
85	Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Die Allgemeinanästhesie entspricht hier einer Intubationsnarkose. Es ist der Schlüsselwert "nein" anzugeben, wenn keine Allgemeinanästhesie, sondern eine andere Anästhesie (wie z. B. eine Regionalanästhesie) durchgeführt wurde. Die Regionalanästhesie entspricht im Sinne einer Leitungsanästhesie der Peridural-, Spinal- sowie Pudendusnästhesie.
86	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Diese Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.
87	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 20 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - -0,1 mmol/l	Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende, relevante Wert ist der wahre, nicht korrigierte oder abgeleitete Base-Excess-Wert. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Beispiel: "- 8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
88	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Tragen Sie bitte den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie eines Lebendgeborenen mit zwei Nachkommastellen ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert für pH wird mit zwei Nachkommastellen angegeben. Bei Geräten, die drei Nachkommastellen ausgeben, ist die dritte Stelle kaufmännisch zu runden.  Beispiel: "7,25"; Beispiel: "7,05".
89	Volumensubstitution	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
90	Pufferung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine Pufferung des Säuren-Basen-Haushalts beim Kind vorgenommen wurde.

91	Maskenbeatmung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
92	O2-Anreicherung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wurde dem Kind Sauerstoff über die Raumluft verabreicht, so kreuzen Sie bitte "ja" an. Die Sauerstoff-Anreicherung ist keine Reanimationsmaßnahme wie die Maskenbeatmung und die Intubation und ist daher von diesen beiden Maßnahmen zu unterscheiden.
93	Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	-
<b>wenn Feld 93 IN (3;4)</b>			
94	Art der Fehlbildung	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	-
<b>Bei Totgeburt</b>			
95	Totgeburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p><b>Eine Totgeburt liegt vor, wenn das Kind nach der Entwicklung keine Lebenszeichen und ein Gewicht von 500g oder darüber hat.</b></p> <p>Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz.</p> <p><u>Bei der Dokumentation ist Absatz 2 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung – PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: <a href="https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html">https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html</a>) zu beachten:</u></p> <p><u>(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.</u></p> <p><u>(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im</u></p>

			<p><u>Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn</u>  <u>1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder</u>  <u>2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde</u>  <u>(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</u>  <u>Wenn es sich um einen induzierten Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines toten Feten (unabhängig vom Fetalgewicht) handelt, ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Änderung der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung) PStV § 31: Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt</u></p> <p><u>(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kinde nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.</u></p> <p><u>(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, beträgt das Gewicht der Leibesfrucht jedoch mindestens 500 Gramm, so gilt sie im Sinne des § 21 Abs. 2 des Gesetzes als ein totgeborenes Kind.</u></p> <p><u>(3) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm, so handelt es sich um eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsregistern nicht beurkundet.</u>  <u>(4) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 3 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil</u></p>
--	--	--	---

			<p>einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Abs. 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</p> <p>Fassung vom 22.11.2008. Internet: <a href="http://www.bundesrecht.juris.de/pstv/___31.html">http://www.bundesrecht.juris.de/pstv/___31.html</a></p> <p>-Die Dokumentation von Kindern, die aufgrund von induzierten Geburten verstorben sind, wird in den Bundesländern unterschiedlich geregelt.</p> <p>Wenn es sich um einen induzierten Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines toten Feten (unabhängig vom Fetalgewicht) handelt, ist in dem Fall ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.</p>
<b>wenn Feld 95 = 1</b>			
96	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
97	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	<input type="checkbox"/>  1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	-
<b>Entlassung / Verlegung</b>			
neu	<u>Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung</u>	<input type="checkbox"/>  <u>1 = ausschließlich mit Muttermilch ernährt</u> <u>2 = mindestens teilweise mit Muttermilch ernährt</u> <u>3 = ausschließlich mit Formula ernährt</u>	<u>1: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung ausschließlich mit Muttermilch ernährt (Wasser, Tee, Medikamente, Vitamine dürfen zusätzlich aufgenommen werden).</u> <u>2: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung neben Muttermilch auch mit Formula ernährt.</u> <u>3: Die Mutter hat abgestillt und das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung nicht mit Muttermilch ernährt.</u>
98	Kind in Kinderklinik verlegt	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
99	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	□□.□□.□□□□	Wenn das Kind aus der Geburtsklinik entlassen oder verlegt wird, geben Sie bitte hier das Entlassungs- bzw. Verlegungs-Datum an. <u>Bei Verlegungen geben Sie hier</u>

			<u>bitte das Datum der Verlegung und nicht das Entlassungsdatum an.</u> Dieses Feld ist auch auszufüllen, wenn das Kind in der Geburtsklinik gestorben ist und als Entlassungsgrund (Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind) die Kennzahl "07" (Tod) des Schlüssels zum Entlassungsgrund eingetragen ist.
100	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	□□:□□	-
101	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	-
102	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	□□  siehe Schlüssel <u>5-4</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
<b>wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</b>			
103	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" &lt;&gt; 1</b>			
104	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus" oder "08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)" beantwortet worden ist.
<b>wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" &lt;&gt; 1</b>			
105	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
106	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Bitte stellen Sie sicher, dass bei allen in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen Kindern in diesem Datenfeld "ja" angegeben wird. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich. Bitte prüfen Sie bei Angabe "interne Verlegung" vor Abschluss des Bogens, ob das intern verlegte Kind in Ihrem

			Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist. Die Zeitspanne der ersten 7 Lebenstage ist hierbei definiert als Zeitraum von 7 Kalendertagen, unabhängig von der Uhrzeit der Geburt. Dabei wird eine Unschärfe von bis zu unter 24 Stunden in Kauf genommen. Ist das Kind in dieser Zeitspanne nicht verstorben, so kreuzen Sie "nein" an.
107	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
108	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	□□.□□.□□□□	Kalenderdatum, an dem ein lebendgeborenes Kind verstorben ist. Angaben zum Todeszeitpunkt von totgeborenen Kindern können im Datenfeld "Todeszeitpunkt bei Totgeburt" gemacht werden.

## Anmerkungen

<p>Anmerkung 1 "Entbindungsmodus"</p>	<p>Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren.</p> <p>Falls kein Kode aus der folgenden Liste dokumentiert ist, wählen Sie bitte einen OPS-Kode aus der Liste aus, der dem durchgeführten Entbindungsmodus am ehesten entspricht.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>OPS-Kode</th> <th>Titel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5-720.0</td><td>Zangenentbindung: Aus Beckenausgang</td></tr> <tr><td>5-720.1</td><td>Zangenentbindung: Aus Beckenmitte</td></tr> <tr><td>5-720.x</td><td>Zangenentbindung: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-720.y</td><td>Zangenentbindung: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-724</td><td>Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange</td></tr> <tr><td>5-725.0</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Manuell</td></tr> <tr><td>5-725.1</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell</td></tr> <tr><td>5-725.2</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell</td></tr> <tr><td>5-725.x</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-725.y</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-727.0</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen</td></tr> <tr><td>5-727.1</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen</td></tr> <tr><td>5-727.2</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe</td></tr> <tr><td>5-727.3</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe</td></tr> <tr><td>5-727.x</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-727.y</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.</td></tr> </tbody> </table>	OPS-Kode	Titel	5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang	5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte	5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige	5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.	5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange	5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell	5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell	5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell	5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige	5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.	5-727.0	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen	5-727.1	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen	5-727.2	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe	5-727.3	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe	5-727.x	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige	5-727.y	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.
OPS-Kode	Titel																																		
5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang																																		
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte																																		
5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige																																		
5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.																																		
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange																																		
5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell																																		
5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell																																		
5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell																																		
5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige																																		
5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.																																		
5-727.0	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen																																		
5-727.1	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen																																		
5-727.2	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe																																		
5-727.3	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe																																		
5-727.x	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige																																		
5-727.y	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.																																		

5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang
5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte
5-728.x	Vakuumentbindung: Sonstige
5-728.y	Vakuumentbindung: N.n.bez.
5-729	Andere instrumentelle Entbindung
5-732.2	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen
5-732.3	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken
5-732.4	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation
5-732.5	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling
5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär
5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär
5-740.y	Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
5-741.0	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
5-741.1	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
5-741.2	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
5-741.3	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
5-741.4	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision
5-741.5	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
5-741.x	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
5-741.y	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
5-742.0	Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
5-742.1	Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
5-742.y	Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio
5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
5-749.x	Andere Sectio caesarea: Sonstige
5-749.y	Andere Sectio caesarea: N.n.bez.
8-515	Partus mit Manualhilfe
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr ~~2020~~2021 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2019~~2020 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2019~~2020 aufgenommen worden ist.

## Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>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</p>
-------------------------------	--

	<p>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</p>
--	---

	<p> 4012 – Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie  4014 – Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde  4028 – Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie  4050 – Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin  4051 – Langzeitbereich Kinder  4090 – Pädiatrie  4091 – Pädiatrie  4092 – Pädiatrie  4100 – Kinderkardiologie  4136 – Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin  4190 – Kinderkardiologie  4191 – Kinderkardiologie  4192 – Kinderkardiologie  4200 – Neonatologie  4290 – Neonatologie  4291 – Neonatologie  4292 – Neonatologie  4300 – Kinderchirurgie  4390 – Kinderchirurgie  4391 – Kinderchirurgie  4392 – Kinderchirurgie  4400 – Lungen- und Bronchialheilkunde  4410 – Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie  4490 – Lungen- und Bronchialheilkunde  4491 – Lungen- und Bronchialheilkunde  4492 – Lungen- und Bronchialheilkunde  4500 – Allgemeine Chirurgie  4513 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie  4516 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie  4518 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie  4519 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie  4520 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie  4523 – Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie  4536 – Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  4550 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie  4551 – Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie  4590 – Allgemeine Chirurgie  4591 – Allgemeine Chirurgie  4592 – Allgemeine Chirurgie  4600 – Unfallchirurgie  4690 – Unfallchirurgie  4691 – Unfallchirurgie  4692 – Unfallchirurgie  4700 – Neurochirurgie  4790 – Neurochirurgie  4791 – Neurochirurgie  4792 – Neurochirurgie  4800 – Gefäßchirurgie  4890 – Gefäßchirurgie  4891 – Gefäßchirurgie  4892 – Gefäßchirurgie  4900 – Plastische Chirurgie  4990 – Plastische Chirurgie  4991 – Plastische Chirurgie  4992 – 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- </p>
--	--

	<p>Halbsatz-BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>2150 – Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin</p> <p>2190 – Herzchirurgie</p> <p>2191 – Herzchirurgie</p> <p>2192 – Herzchirurgie</p> <p>2200 – Urologie</p> <p>2290 – Urologie</p> <p>2291 – Urologie</p> <p>2292 – Urologie</p> <p>2300 – Orthopädie</p> <p>2309 – Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>2315 – Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie</p> <p>2316 – Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>2390 – Orthopädie</p> <p>2391 – Orthopädie</p> <p>2392 – Orthopädie</p> <p>2400 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>2402 – Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie</p> <p>2405 – Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>2406 – Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>2425 – Frauenheilkunde</p> <p>2490 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>2491 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>2492 – Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p>2500 – Geburtshilfe</p> <p>2590 – Geburtshilfe</p> <p>2591 – Geburtshilfe</p> <p>2592 – Geburtshilfe</p> <p>2600 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>2690 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>2691 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>2692 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</p> <p>2700 – Augenheilkunde</p> <p>2790 – Augenheilkunde</p> <p>2791 – Augenheilkunde</p> <p>2792 – Augenheilkunde</p> <p>2800 – Neurologie</p> <p>2810 – Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>2856 – Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>2890 – Neurologie</p> <p>2891 – Neurologie</p> <p>2892 – Neurologie</p> <p>2900 – Allgemeine Psychiatrie</p> <p>2928 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie</p> <p>2930 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>2931 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie</p> <p>2950 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung</p> <p>2951 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie</p> <p>2952 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung</p> <p>2953 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik</p> <p>2954 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik</p> <p>2955 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik</p> <p>2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik</p> <p>2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflugesätze)</p> <p>2961 – Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflugesätze)</p> <p>2990 – Allgemeine Psychiatrie</p> <p>2991 – Allgemeine Psychiatrie</p>
--	---

	<p> 2992 – Allgemeine Psychiatrie  3000 – Kinder- und Jugendpsychiatrie  3060 – Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3064 – Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3090 – Kinder- und Jugendpsychiatrie  3094 – Kinder- und Jugendpsychiatrie  3092 – Kinder- und Jugendpsychiatrie  3100 – Psychosomatik/Psychotherapie  3110 – Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik  3160 – Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3164 – Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3190 – Psychosomatik/Psychotherapie  3194 – Psychosomatik/Psychotherapie  3192 – Psychosomatik/Psychotherapie  3200 – Nuklearmedizin  3233 – Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde  3290 – Nuklearmedizin  3294 – Nuklearmedizin  3292 – Nuklearmedizin  3300 – Strahlenheilkunde  3305 – Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie  3350 – Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie  3390 – Strahlenheilkunde  3394 – Strahlenheilkunde  3392 – Strahlenheilkunde  3400 – Dermatologie  3460 – Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3490 – Dermatologie  3494 – Dermatologie  3492 – Dermatologie  3500 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie  3590 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie  3594 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie  3592 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie  3600 – Intensivmedizin  3604 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin  3603 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie  3640 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie  3617 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie  3648 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie  3624 – 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  3654 – Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie  3652 – Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie  3690 – Intensivmedizin  3694 – Intensivmedizin  3692 – Intensivmedizin  3700 – sonstige Fachabteilung  3750 – Angiologie  3754 – Radiologie  3752 – Palliativmedizin  3753 – Schmerztherapie  3754 – Heiltherapeutische Abteilung  3755 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung </p>
--	--

	<p>3791 – Sonstige Fachabteilung 3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
<p>Schlüssel <u>2-1</u> "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"</p>	<p>1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahre 14 = Schwangere über 35 Jahre 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie</p>
<p>Schlüssel <u>3-2</u> "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"</p>	<p>60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Übertragung des Termins 62 = Fehlbildung</p>

	<p>63 = Frühgeburt          64 = Mehrlingsschwangerschaft          65 = Plazentainsuffizienz          66 = hypertensive Schwangerschaftserkrankung          67 = Rh-Inkompatibilität          68 = Diabetes mellitus          69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen          70 = Placenta praevia          71 = vorzeitige Plazentalösung          72 = sonstige uterine Blutungen          73 = Amnioninfektionssyndrom          74 = Fieber unter der Geburt          75 = mütterliche Erkrankung          76 = mangelnde Kooperation der Mutter          77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne          78 = grünes Fruchtwasser          79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)          80 = Nabelschnurvorfall          81 = sonstige Nabelschnurkomplikationen          82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode          83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode          84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken          85 = Uterusruptur          86 = Querlage/Schräglage          87 = Beckenendlage          88 = hintere Hinterhauptslage          89 = Vorderhauptslage          90 = Gesichtslage/Stirnlage          91 = tiefer Querstand          92 = hoher Geradstand          93 = sonstige regelwidrige Schädelagen          94 = sonstige          95 = HELLP-Syndrom          96 = intrauteriner Fruchttod          97 = pathologischer Dopplerbefund          98 = Schulterdystokie</p>
<p>Schlüssel 4-3 "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet          02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen          03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet          04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet          05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers          06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus          07 = Tod          08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)          09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung          25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

Schlüssel <u>5-4</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  11 = Entlassung in ein Hospiz  12 = interne Verlegung  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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung</p>
---	---

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

#### Textdefinition

Alle isolierten SH-Frakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, bei Patienten ab 18 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SH\_OPS UND DIAG EINSIN SH\_ICD UND DIAG KEINSIN SH\_ICD\_EX UND PROZ KEINSIN SH\_OPS\_EX UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SH\_OPS  
und  
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle SH\_ICD  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle SH\_ICD\_EX  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle SH\_OPS\_EX  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle SH\_ICD

ICD-Kode	Titel
S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär
S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital
S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal
S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis
S72.08	Schenkelhalsfraktur: Sonstige Teile
S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet
S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär

##### Diagnose(n) der Tabelle SH\_ICD\_EX

ICD-Kode	Titel
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität

- C40.8 Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
- C40.9 Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
- C41.8 Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
- C41.9 Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
- C76.5 Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
- C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
- D16.2 Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
- D16.3 Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
- M08.00 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
- M08.01 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.02 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.03 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.04 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.05 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.10 Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
- M08.11 Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.12 Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.13 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.14 Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.15 Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.16 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.17 Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.18 Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.19 Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.20 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.21 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.22 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.23 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.24 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.25 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.26 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.27 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.28 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.29 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
- M08.40 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.41 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.42 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.43 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.44 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.45 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.46 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.47 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.48 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

- M08.49 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.70 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M08.71 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.72 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.73 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.74 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.75 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.76 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.77 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.78 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.79 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.80 Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M08.81 Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.82 Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.83 Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.84 Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.85 Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.86 Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.87 Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.88 Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.89 Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.90 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M08.91 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.92 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.93 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.94 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.95 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.96 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.97 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.98 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.99 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.00 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
- M09.01 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.02 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.03 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.04 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.05 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.06 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.07 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.08 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.09 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.10 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
- M09.11 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.12 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.13 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.14 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.15 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.16 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

- M09.17 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.18 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.19 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.20 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
- M09.21 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.22 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.23 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.24 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.25 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.26 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.27 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.28 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.29 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.80 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M09.81 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.82 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.83 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.84 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.85 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.86 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.87 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.88 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.89 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M90.75 Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- Q68.3 Angeborene Verbiegung des Femurs
- Q68.5 Angeborene Verbiegung der langen Bein Knochen, nicht näher bezeichnet
- Q74.2 Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels
- Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita
- S02.0 Schädeldachfraktur
- S02.1 Schädelbasisfraktur
- S02.2 Nasenbeinfraktur
- S02.3 Fraktur des Orbitabodens
- S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers
- S02.60 Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
- S02.61 Unterkieferfraktur: Processus condylaris
- S02.62 Unterkieferfraktur: Subkondylär
- S02.63 Unterkieferfraktur: Processus coronoideus
- S02.64 Unterkieferfraktur: Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet
- S02.65 Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae
- S02.66 Unterkieferfraktur: Symphysis mandibulae
- S02.67 Unterkieferfraktur: Pars alveolaris
- S02.68 Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile
- S02.69 Unterkieferfraktur: Mehrere Teile
- S02.7 Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- S02.8 Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- S02.9 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet
- S04.0 Sehnerv- und Sehbahnenverletzung
- S04.1 Verletzung des N. oculomotorius

- S04.2 Verletzung des N. trochlearis
- S04.3 Verletzung des N. trigeminus
- S04.4 Verletzung des N. abducens
- S04.5 Verletzung des N. facialis
- S04.6 Verletzung des N. vestibulocochlearis
- S04.7 Verletzung des N. accessorius
- S04.8 Verletzung sonstiger Hirnnerven
- S04.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Hirnnervs
- S05.4 Penetrierende Wunde der Orbita mit oder ohne Fremdkörper
- S05.5 Penetrierende Wunde des Augapfels mit Fremdkörper
- S05.6 Penetrierende Wunde des Augapfels ohne Fremdkörper
- S05.7 Abriss des Augapfels
- S05.8 Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita
- S06.1 Traumatisches Hirnödem
- S06.20 Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
- S06.21 Diffuse Hirnkontusionen
- S06.22 Diffuse Kleinhirnkontusionen
- S06.23 Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome
- S06.28 Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen
- S06.31 Umschriebene Hirnkontusion
- S06.32 Umschriebene Kleinhirnkontusion
- S06.33 Umschriebenes zerebrales Hämatom
- S06.34 Umschriebenes zerebellares Hämatom
- S06.38 Sonstige umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzungen
- S06.4 Epidurale Blutung
- S06.5 Traumatische subdurale Blutung
- S06.6 Traumatische subarachnoidale Blutung
- S06.8 Sonstige intrakranielle Verletzungen
- S07.0 Zerquetschung des Gesichtes
- S07.1 Zerquetschung des Schädels
- S07.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Kopfes
- S07.9 Zerquetschung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet
- S12.0 Fraktur des 1. Halswirbels
- S12.1 Fraktur des 2. Halswirbels
- S12.21 Fraktur des 3. Halswirbels
- S12.22 Fraktur des 4. Halswirbels
- S12.23 Fraktur des 5. Halswirbels
- S12.24 Fraktur des 6. Halswirbels
- S12.25 Fraktur des 7. Halswirbels
- S12.7 Multiple Frakturen der Halswirbelsäule
- S12.8 Fraktur sonstiger Teile im Bereich des Halses
- S12.9 Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet
- S13.10 Luxation eines Halswirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
- S13.11 Luxation von Halswirbeln: C1/C2
- S13.12 Luxation von Halswirbeln: C2/C3
- S13.13 Luxation von Halswirbeln: C3/C4
- S13.14 Luxation von Halswirbeln: C4/C5
- S13.15 Luxation von Halswirbeln: C5/C6
- S13.16 Luxation von Halswirbeln: C6/C7
- S13.17 Luxation von Halswirbeln: C7/T1
- S13.18 Luxation von Halswirbeln: Sonstige
- S14.0 Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
- S14.10 Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
- S14.11 Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
- S14.12 Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
- S14.13 Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
- S14.2 Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule
- S14.3 Verletzung des Plexus brachialis
- S14.4 Verletzung peripherer Nerven des Halses
- S14.5 Verletzung zervikaler sympathischer Nerven
- S14.6 Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses
- S14.70 Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet

- S14.71 Verletzung des Rückenmarkes: C1
- S14.72 Verletzung des Rückenmarkes: C2
- S14.73 Verletzung des Rückenmarkes: C3
- S14.74 Verletzung des Rückenmarkes: C4
- S14.75 Verletzung des Rückenmarkes: C5
- S14.76 Verletzung des Rückenmarkes: C6
- S14.77 Verletzung des Rückenmarkes: C7
- S14.78 Verletzung des Rückenmarkes: C8
- S15.00 Verletzung: A. carotis, Teil nicht näher bezeichnet
- S15.01 Verletzung: A. carotis communis
- S15.02 Verletzung: A. carotis externa
- S15.03 Verletzung: A. carotis interna
- S15.1 Verletzung der A. vertebralis
- S15.2 Verletzung der V. jugularis externa
- S15.3 Verletzung der V. jugularis interna
- S15.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Halses
- S15.80 Verletzung epiduraler Blutgefäße in Höhe des Halses
- S15.81 Verletzung subduraler Blutgefäße in Höhe des Halses
- S15.82 Verletzung subarachnoidaler Blutgefäße in Höhe des Halses
- S15.88 Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Halses
- S17.0 Zerquetschung des Kehlkopfes und der Trachea
- S17.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Halses
- S17.9 Zerquetschung des Halses, Teil nicht näher bezeichnet
- S18 Traumatische Amputation in Halshöhe
- S22.00 Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
- S22.01 Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2
- S22.02 Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4
- S22.03 Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6
- S22.04 Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8
- S22.05 Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10
- S22.06 Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
- S22.1 Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule
- S22.20 Fraktur des Sternums: Nicht näher bezeichnet
- S22.21 Fraktur des Sternums: Manubrium sterni
- S22.22 Fraktur des Sternums: Corpus sterni
- S22.23 Fraktur des Sternums: Processus xiphoideus
- S22.40 Rippenserienfraktur: Nicht näher bezeichnet
- S22.41 Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung der ersten Rippe
- S22.42 Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen
- S22.43 Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen
- S22.44 Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen
- S22.5 Instabiler Thorax
- S23.10 Luxation eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
- S23.11 Luxation eines Brustwirbels: T1/T2 und T2/T3
- S23.12 Luxation eines Brustwirbels: T3/T4 und T4/T5
- S23.13 Luxation eines Brustwirbels: T5/T6 und T6/T7
- S23.14 Luxation eines Brustwirbels: T7/T8 und T8/T9
- S23.15 Luxation eines Brustwirbels: T9/T10 und T10/T11
- S23.16 Luxation eines Brustwirbels: T11/T12
- S23.17 Luxation eines Brustwirbels: T12/L1
- S24.0 Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes
- S24.10 Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
- S24.11 Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
- S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
- S24.2 Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule
- S24.3 Verletzung peripherer Nerven des Thorax
- S24.4 Verletzung thorakaler sympathischer Nerven
- S24.5 Verletzung sonstiger Nerven des Thorax
- S24.6 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax
- S24.70 Verletzung des thorakalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
- S24.71 Verletzung des Rückenmarkes: T1
- S24.72 Verletzung des Rückenmarkes: T2/T3

- S24.73 Verletzung des Rückenmarkes: T4/T5
- S24.74 Verletzung des Rückenmarkes: T6/T7
- S24.75 Verletzung des Rückenmarkes: T8/T9
- S24.76 Verletzung des Rückenmarkes: T10/T11
- S24.77 Verletzung des Rückenmarkes: T12
- S25.0 Verletzung der Aorta thoracica
- S25.1 Verletzung des Truncus brachiocephalicus oder der A. subclavia
- S25.2 Verletzung der V. cava superior
- S25.3 Verletzung der V. brachiocephalica oder der V. subclavia
- S25.4 Verletzung von Pulmonalgefäßen
- S25.5 Verletzung von Interkostalgefäßen
- S25.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße des Thorax
- S25.80 Verletzung epiduraler Blutgefäße in Höhe des Thorax
- S25.81 Verletzung subduraler Blutgefäße in Höhe des Thorax
- S25.82 Verletzung subarachnoidaler Blutgefäße in Höhe des Thorax
- S25.88 Verletzung sonstiger Blutgefäße des Thorax
- S25.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Blutgefäßes des Thorax
- S26.0 Traumatisches Hämoperikard
- S26.81 Prellung des Herzens
- S26.82 Rissverletzung des Herzens ohne Eröffnung einer Herzhöhle
- S26.83 Rissverletzung des Herzens mit Eröffnung einer Herzhöhle
- S26.88 Sonstige Verletzungen des Herzens
- S26.9 Verletzung des Herzens, nicht näher bezeichnet
- S27.0 Traumatischer Pneumothorax
- S27.1 Traumatischer Hämatothorax
- S27.2 Traumatischer Hämatothorax
- S27.31 Prellung und Hämatom der Lunge
- S27.32 Rissverletzung der Lunge
- S27.38 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Lunge
- S27.4 Verletzung eines Bronchus
- S27.5 Verletzung der Trachea, Pars thoracica
- S27.6 Verletzung der Pleura
- S27.7 Multiple Verletzungen intrathorakaler Organe
- S27.81 Verletzung: Zwerchfell
- S27.82 Verletzung: Ductus thoracicus
- S27.83 Verletzung: Ösophagus, Pars thoracica
- S27.84 Verletzung: Thymus
- S27.88 Verletzung: Sonstige näher bezeichnete intrathorakale Organe und Strukturen
- S27.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten intrathorakalen Organs
- S28.0 Brustkorbzerquetschung
- S28.1 Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax
- S32.00 Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
- S32.01 Fraktur eines Lendenwirbels: L1
- S32.02 Fraktur eines Lendenwirbels: L2
- S32.03 Fraktur eines Lendenwirbels: L3
- S32.04 Fraktur eines Lendenwirbels: L4
- S32.05 Fraktur eines Lendenwirbels: L5
- S32.1 Fraktur des Os sacrum
- S32.2 Fraktur des Os coccygis
- S32.3 Fraktur des Os ilium
- S32.4 Fraktur des Acetabulums
- S32.5 Fraktur des Os pubis
- S32.7 Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- S32.81 Fraktur: Os ischium
- S32.82 Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet
- S32.89 Fraktur: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Beckens
- S33.10 Luxation eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
- S33.11 Luxation eines Lendenwirbels: L1/L2
- S33.12 Luxation eines Lendenwirbels: L2/L3
- S33.13 Luxation eines Lendenwirbels: L3/L4
- S33.14 Luxation eines Lendenwirbels: L4/L5
- S33.15 Luxation eines Lendenwirbels: L5/S1

- S34.0 Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris]
- S34.10 Komplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
- S34.11 Inkomplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
- S34.18 Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes
- S34.2 Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins
- S34.30 Komplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
- S34.31 Inkomplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
- S34.38 Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Cauda equina
- S34.4 Verletzung des Plexus lumbosacralis
- S34.5 Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Beckenregion
- S34.6 Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S34.70 Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
- S34.71 Verletzung des Rückenmarkes: L1
- S34.72 Verletzung des Rückenmarkes: L2
- S34.73 Verletzung des Rückenmarkes: L3
- S34.74 Verletzung des Rückenmarkes: L4
- S34.75 Verletzung des Rückenmarkes: L5
- S34.76 Verletzung des Rückenmarkes: S1
- S34.77 Verletzung des Rückenmarkes: S2-S5
- S34.8 Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.0 Verletzung der Aorta abdominalis
- S35.1 Verletzung der V. cava inferior
- S35.2 Verletzung des Truncus coeliacus oder der A. mesenterica
- S35.3 Verletzung der V. portae oder der V. lienalis
- S35.4 Verletzung von Blutgefäßen der Niere
- S35.5 Verletzung von Blutgefäßen der Iliakalregion
- S35.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.80 Verletzung epiduraler Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.81 Verletzung subduraler Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.82 Verletzung subarachnoidaler Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.88 Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S35.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Blutgefäßes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S36.00 Verletzung der Milz, nicht näher bezeichnet
- S36.01 Hämatom der Milz
- S36.02 Kapselriss der Milz, ohne größeren Einriss des Parenchyms
- S36.03 Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms
- S36.04 Massive Parenchymruptur der Milz
- S36.08 Sonstige Verletzungen der Milz
- S36.10 Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet
- S36.11 Prellung und Hämatom der Leber
- S36.12 Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet
- S36.13 Leichte Rissverletzung der Leber
- S36.14 Mittelschwere Rissverletzung der Leber
- S36.15 Schwere Rissverletzung der Leber
- S36.16 Sonstige Verletzungen der Leber
- S36.17 Verletzung: Gallenblase
- S36.18 Verletzung: Gallengang
- S36.20 Verletzung des Pankreas: Teil nicht näher bezeichnet
- S36.21 Verletzung des Pankreas: Kopf
- S36.22 Verletzung des Pankreas: Körper
- S36.23 Verletzung des Pankreas: Schwanz
- S36.29 Verletzung des Pankreas: Sonstige und mehrere Teile
- S36.3 Verletzung des Magens
- S36.40 Verletzung: Dünndarm, Teil nicht näher bezeichnet
- S36.41 Verletzung: Duodenum
- S36.49 Verletzung: Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes
- S36.50 Verletzung: Dickdarm, Teil nicht näher bezeichnet
- S36.51 Verletzung: Colon ascendens
- S36.52 Verletzung: Colon transversum
- S36.53 Verletzung: Colon descendens

- S36.54 Verletzung: Colon sigmoideum
- S36.59 Verletzung: Sonstige und mehrere Teile des Dickdarmes
- S36.6 Verletzung des Rektums
- S36.7 Verletzung mehrerer intraabdominaler Organe
- S36.81 Verletzung: Peritoneum
- S36.82 Verletzung: Mesenterium
- S36.83 Verletzung: Retroperitoneum
- S36.88 Verletzung: Sonstige intraabdominale Organe
- S36.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs
- S37.00 Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet
- S37.01 Prellung und Hämatom der Niere
- S37.02 Rissverletzung der Niere
- S37.03 Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
- S37.1 Verletzung des Harnleiters
- S37.20 Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet
- S37.21 Prellung der Harnblase
- S37.22 Ruptur der Harnblase
- S37.28 Sonstige Verletzungen der Harnblase
- S37.30 Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet
- S37.31 Verletzung der Harnröhre: Pars membranacea
- S37.32 Verletzung der Harnröhre: Pars spongiosa
- S37.33 Verletzung der Harnröhre: Pars prostatica
- S37.38 Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile
- S37.4 Verletzung des Ovars
- S37.5 Verletzung der Tuba uterina
- S37.6 Verletzung des Uterus
- S37.7 Verletzung mehrerer Harnorgane und Beckenorgane
- S37.81 Verletzung: Nebenniere
- S37.82 Verletzung: Prostata
- S37.83 Verletzung: Bläschendrüse [Vesicula seminalis]
- S37.84 Verletzung: Samenleiter
- S37.88 Verletzung: Sonstige Beckenorgane
- S37.9 Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans
- S38.0 Zerquetschung der äußeren Genitalorgane
- S38.1 Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S38.2 Traumatische Amputation der äußeren Genitalorgane
- S38.3 Traumatische Abtrennung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S39.6 Verletzung eines oder mehrerer intraabdominaler Organe mit Beteiligung eines oder mehrerer Beckenorgane
- S39.7 Multiple Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S39.81 Verletzung lumbosakraler Rückenmarkhäute
- S39.88 Sonstige näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S39.9 Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
- S42.00 Fraktur der Klavikula: Teil nicht näher bezeichnet
- S42.01 Fraktur der Klavikula: Mediales Drittel
- S42.02 Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel
- S42.03 Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel
- S42.09 Fraktur der Klavikula: Multipel
- S42.10 Fraktur der Skapula: Teil nicht näher bezeichnet
- S42.11 Fraktur der Skapula: Korpus
- S42.12 Fraktur der Skapula: Akromion
- S42.13 Fraktur der Skapula: Processus coracoideus
- S42.14 Fraktur der Skapula: Cavitas glenoidalis und Collum scapulae
- S42.19 Fraktur der Skapula: Multipel
- S42.20 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
- S42.21 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf
- S42.22 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum
- S42.23 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum anatomicum
- S42.24 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus
- S42.29 Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
- S42.3 Fraktur des Humerusschaftes

- S42.40 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet
- S42.41 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär
- S42.42 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus lateralis
- S42.43 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus medialis
- S42.44 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Epicondylus, Epicondylus, nicht näher bezeichnet
- S42.45 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Transkondylär (T- oder Y-Form)
- S42.49 Fraktur des distalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile
- S42.7 Multiple Frakturen der Klavikula, der Skapula und des Humerus
- S42.8 Fraktur sonstiger Teile der Schulter und des Oberarmes
- S42.9 Fraktur des Schultergürtels, Teil nicht näher bezeichnet
- S43.00 Luxation des Schultergelenkes [Glenohumeralgelenk], nicht näher bezeichnet
- S43.01 Luxation des Humerus nach vorne
- S43.02 Luxation des Humerus nach hinten
- S43.03 Luxation des Humerus nach unten
- S43.08 Luxation sonstiger Teile der Schulter
- S43.1 Luxation des Akromioklavikulargelenkes
- S43.2 Luxation des Sternoklavikulargelenkes
- S43.3 Luxation sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Schultergürtels
- S44.0 Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Oberarmes
- S44.1 Verletzung des N. medianus in Höhe des Oberarmes
- S44.2 Verletzung des N. radialis in Höhe des Oberarmes
- S44.3 Verletzung des N. axillaris
- S44.4 Verletzung des N. musculocutaneus
- S45.0 Verletzung der A. axillaris
- S45.1 Verletzung der A. brachialis
- S45.2 Verletzung der V. axillaris oder der V. brachialis
- S47 Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes
- S48.0 Traumatische Amputation im Schultergelenk
- S48.1 Traumatische Amputation zwischen Schulter und Ellenbogen
- S48.9 Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm, Höhe nicht näher bezeichnet
- S52.00 Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Teil nicht näher bezeichnet
- S52.01 Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon
- S52.02 Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Processus coronoideus ulnae
- S52.09 Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Sonstige und multiple Teile
- S52.10 Fraktur des proximalen Endes des Radius: Teil nicht näher bezeichnet
- S52.11 Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf
- S52.12 Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kollum
- S52.19 Fraktur des proximalen Endes des Radius: Sonstige und multiple Teile
- S52.20 Fraktur des Ulnaschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
- S52.21 Fraktur des proximalen Ulnaschaftes mit Luxation des Radiuskopfes
- S52.30 Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
- S52.31 Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes
- S52.4 Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert
- S52.50 Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet
- S52.51 Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
- S52.52 Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur
- S52.59 Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile
- S52.6 Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert
- S52.7 Multiple Frakturen des Unterarmes
- S52.8 Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes
- S52.9 Fraktur des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet
- S53.0 Luxation des Radiuskopfes
- S53.10 Luxation des Ellenbogens: Nicht näher bezeichnet
- S53.11 Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach vorne
- S53.12 Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach hinten
- S53.13 Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach medial
- S53.14 Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach lateral
- S53.18 Luxation des Ellenbogens: Sonstige
- S53.2 Traumatische Ruptur des Lig. collaterale radiale
- S53.3 Traumatische Ruptur des Lig. collaterale ulnare
- S54.0 Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Unterarmes
- S54.1 Verletzung des N. medianus in Höhe des Unterarmes

- S54.2 Verletzung des N. radialis in Höhe des Unterarmes
- S54.7 Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Unterarmes
- S55.0 Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Unterarmes
- S55.1 Verletzung der A. radialis in Höhe des Unterarmes
- S55.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Unterarmes
- S57.0 Zerquetschung des Ellenbogens
- S57.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Unterarmes
- S57.9 Zerquetschung des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet
- S58.0 Traumatische Amputation im Ellenbogengelenk
- S58.1 Traumatische Amputation zwischen Ellenbogen und Handgelenk
- S58.9 Traumatische Amputation am Unterarm, Höhe nicht näher bezeichnet
- S62.0 Fraktur des Os scaphoideum der Hand
- S62.13 Fraktur: Os pisiforme
- S62.14 Fraktur: Os trapezium
- S62.15 Fraktur: Os trapezoideum
- S62.16 Fraktur: Os capitatum
- S62.17 Fraktur: Os hamatum
- S62.19 Fraktur sonstiger oder mehrerer Handwurzelknochen
- S62.20 Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
- S62.21 Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Basis
- S62.22 Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Schaft
- S62.23 Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kollum
- S62.24 Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kopf
- S62.30 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
- S62.31 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Basis
- S62.32 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Schaft
- S62.33 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kollum
- S62.34 Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kopf
- S62.4 Multiple Frakturen der Mittelhandknochen
- S62.50 Fraktur des Daumens: Teil nicht näher bezeichnet
- S62.51 Fraktur des Daumens: Proximale Phalanx
- S62.52 Fraktur des Daumens: Distale Phalanx
- S62.60 Fraktur eines sonstigen Fingers: Teil nicht näher bezeichnet
- S62.61 Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx
- S62.62 Fraktur eines sonstigen Fingers: Mittlere Phalanx
- S62.63 Fraktur eines sonstigen Fingers: Distale Phalanx
- S62.7 Multiple Frakturen der Finger
- S62.8 Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Handgelenkes und der Hand
- S63.00 Luxation des Handgelenkes: Teil nicht näher bezeichnet
- S63.01 Luxation des Handgelenkes: Radioulnar (-Gelenk)
- S63.02 Luxation des Handgelenkes: Radiokarpal (-Gelenk)
- S63.03 Luxation des Handgelenkes: Mediokarpal (-Gelenk)
- S63.04 Luxation des Handgelenkes: Karpometakarpal (-Gelenk)
- S63.08 Luxation des Handgelenkes: Sonstige
- S63.10 Luxation eines Fingers: Teil nicht näher bezeichnet
- S63.11 Luxation eines Fingers: Metakarpophalangeal (-Gelenk)
- S63.12 Luxation eines Fingers: Interphalangeal (-Gelenk)
- S63.2 Multiple Luxationen der Finger
- S64.0 Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S64.1 Verletzung des N. medianus in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S64.2 Verletzung des N. radialis in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S64.7 Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S65.0 Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S65.1 Verletzung der A. radialis in Höhe des Handgelenkes und der Hand
- S65.2 Verletzung von Gefäßen des Arcus palmaris superficialis
- S65.3 Verletzung von Gefäßen des Arcus palmaris profundus
- S67.0 Zerquetschung des Daumens und eines oder mehrerer sonstiger Finger
- S67.8 Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Handgelenkes und der Hand
- S68.0 Traumatische Amputation des Daumens (komplett) (partiell)
- S68.1 Traumatische Amputation eines sonstigen einzelnen Fingers (komplett) (partiell)
- S68.2 Isolierte traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern (komplett) (partiell)

- S68.3 Kombinierte traumatische Amputation (von Teilen) eines oder mehrerer Finger mit anderen Teilen des Handgelenkes und der Hand
- S68.4 Traumatische Amputation der Hand in Höhe des Handgelenkes
- S68.8 Traumatische Amputation sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand
- S68.9 Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet
- S72.2 Subtrochantäre Fraktur
- S72.3 Fraktur des Femurschaftes
- S72.40 Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet
- S72.41 Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)
- S72.42 Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung
- S72.43 Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär
- S72.44 Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär
- S72.7 Multiple Frakturen des Femurs
- S72.8 Frakturen sonstiger Teile des Femurs
- S73.00 Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet
- S73.01 Luxation der Hüfte: Nach posterior
- S73.02 Luxation der Hüfte: Nach anterior
- S73.08 Luxation der Hüfte: Sonstige
- S77.0 Zerquetschung der Hüfte
- S77.1 Zerquetschung des Oberschenkels
- S77.2 Zerquetschung mit Beteiligung der Hüfte und des Oberschenkels
- S78.0 Traumatische Amputation im Hüftgelenk
- S78.1 Traumatische Amputation zwischen Hüfte und Knie
- S78.9 Traumatische Amputation an Hüfte und Oberschenkel, Höhe nicht näher bezeichnet
- S82.0 Fraktur der Patella
- S82.11 Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
- S82.18 Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
- S82.21 Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
- S82.28 Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
- S82.31 Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
- S82.38 Distale Fraktur der Tibia: Sonstige
- S82.40 Fraktur der Fibula, isoliert: Teil nicht näher bezeichnet
- S82.41 Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
- S82.42 Fraktur der Fibula, isoliert: Schaft
- S82.49 Fraktur der Fibula, isoliert: Multipel
- S82.5 Fraktur des Innenknöchels
- S82.6 Fraktur des Außenknöchels
- S82.7 Multiple Frakturen des Unterschenkels
- S82.81 Bimalleolarfraktur
- S82.82 Trimalleolarfraktur
- S82.88 Frakturen sonstiger Teile des Unterschenkels
- S82.9 Fraktur des Unterschenkels, Teil nicht näher bezeichnet
- S83.0 Luxation der Patella
- S83.10 Luxation des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnet
- S83.11 Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach anterior
- S83.12 Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach posterior
- S83.13 Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach medial
- S83.14 Luxation des Kniegelenkes: Luxation der proximalen Tibia nach lateral
- S83.18 Luxation des Kniegelenkes: Sonstige
- S83.2 Meniskusriss, akut
- S83.3 Riss des Kniegelenkknorpels, akut
- S84.0 Verletzung des N. tibialis in Höhe des Unterschenkels
- S84.1 Verletzung des N. peroneus in Höhe des Unterschenkels
- S84.7 Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Unterschenkels
- S85.0 Verletzung der A. poplitea
- S85.1 Verletzung der A. tibialis (anterior) (posterior)
- S85.2 Verletzung der A. peronea
- S85.7 Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Unterschenkels
- S87.0 Zerquetschung des Knies
- S87.8 Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels
- T07 Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen

## Prozedur(en) der Tabelle SH OPS

OPS-Kode	Titel
5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
5-790.0f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Femur proximal
5-790.1e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals
5-790.1f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal
5-790.2e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals
5-790.2f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur proximal
5-790.3e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Schenkelhals
5-790.3f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur proximal
5-790.4e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Schenkelhals
5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
5-790.5e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
5-790.7e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals
5-790.7f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal
5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
5-790.8f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
5-790.9e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals
5-790.9f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur proximal
5-790.ke	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals
5-790.kf	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal
5-793.1e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Schenkelhals
5-793.1f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur proximal
5-793.2e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals
5-793.2f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal
5-793.3e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Schenkelhals
5-793.3f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal
5-793.4e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals
5-793.4f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal
5-793.5e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
5-793.5f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
5-793.8e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals

- 5-793.8f Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur proximal
- 5-793.9e Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Schenkelhals
- 5-793.9f Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Femur proximal
- 5-793.ae Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
- 5-793.af Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
- 5-793.be Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Schenkelhals
- 5-793.bf Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal
- 5-793.ge Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals
- 5-793.gf Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal
- 5-793.ke Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals
- 5-793.kf Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal
- 5-794.0e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Schenkelhals
- 5-794.0f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur proximal
- 5-794.1e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals
- 5-794.1f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal
- 5-794.2e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Schenkelhals
- 5-794.2f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal
- 5-794.3e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals
- 5-794.3f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal
- 5-794.4e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
- 5-794.4f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
- 5-794.7e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals
- 5-794.7f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur proximal
- 5-794.8e Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Schenkelhals
- 5-794.8f Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Femur proximal
- 5-794.ae Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
- 5-794.af Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
- 5-794.be Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Schenkelhals
- 5-794.bf Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal
- 5-794.ge Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals
- 5-794.gf Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal
- 5-794.ke Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals
- 5-794.kf Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal

## Prozedur(en) der Tabelle SH\_OPS\_EX

## OPS-Kode Titel

5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
5-820.21	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.30	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
5-820.31	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
5-820.80	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
5-820.81	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
5-820.82	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.92	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
5-820.93	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
5-820.95	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
5-820.96	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
5-820.x0	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert
5-820.x1	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert
5-820.x2	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation

			durchgeführt wird.
4	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="#">siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</a> § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
<b>Patient</b>			
6	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                      1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><b>2021</b> bis zum 10.01.<del>2020</del><b>2021</b>                      2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><b>2021</b> bis zum</p>

			20.01. <del>2020</del> 2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2020</del> 2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <del>2020</del> 2021.
8	Aufnahmezeit Krankenhaus	□□:□□	-
9	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
<b>Präoperative Anamnese</b>			
11	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am <u>betroffenen</u> Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Osteosynthesen an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
12	vorbestehende Koxarthrose	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) festgestellt (z.B. ICD 10 M16.-) festgestellt wurde.
13	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	<input type="checkbox"/> Inhouse-Sturz 0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert "ja" ist ausschließlich anzugeben, wenn die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausesinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
14	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	□□.□□.□□□□	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während des stationären Krankenhausaufenthaltes gestürzt ist.
15	Zeitpunkt der Fraktur	□□:□□	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
16	Frakturlokalisation	<input type="checkbox"/> 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 16 = 1</b>			
17	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	<input type="checkbox"/>	Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> <li>Garden I (Abduktionsfraktur)</li> </ul>

		<p>1 = Abduktionsfraktur                  2 = unverschoben                  3 = verschoben                  4 = komplett verschoben</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garden II (unverschoben)</li> <li>Garden III (verschoben)</li> <li>Garden IV (komplett verschoben)</li> </ul>
18	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 18 = 1</b>			
19.1	Vitamin-K-Antagonisten	<input type="checkbox"/> z.B. Phenprocoumon, Warfarin 1 = ja	-
19.2	Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/> z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure 1 = ja	-
19.3	DOAK/NOAK	<input type="checkbox"/> z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban 1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
19.4	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter "sonstige" zu dokumentieren.
20	Gehstrecke ( <u>beivor</u> Aufnahme <u>oderbzw.</u> vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich ( <u>Nahbereich</u> ) 3 = <u>Gehen am Stück bis 50m möglich auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)</u> 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann: <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u>
21	<u>verwendete</u> Gehhilfen ( <u>beivor</u> Aufnahme <u>oderbzw.</u> vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.
<u>neu</u>	<u>Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</u>	1 = <u>selbständiges Treppensteigen möglich</u> 2 = <u>benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u> 3 = <u>unfähig, allein Treppen zu steigen</u>	<u>Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u> 1 = <u>Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche</u>

			<p><u>personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u>  <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</u>  <u>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</u></p>
22	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	<p>Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus. <u>Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.</u></p>
<u>neu</u>	<u>Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt</u>	<input type="checkbox"/> <u>gemäß OPS 9-984.b</u> 0 = nein 1 = ja	<p><u>Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden</u></p> <p><u>"Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Code nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b „Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad.“</u></p>
<b>Präoperative Befunde</b>			
23	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> <u>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</u> 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	<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 Anesthesisten 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)</p>

			<p>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)</p> <p>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><b>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</b></p>
24	Wundkontaminationsklassifikation	<p><input type="checkbox"/> nach Definition der CDC</p> <p>1 = aseptische Eingriffe                  2 = bedingt aseptische Eingriffe                  3 = kontaminierte Eingriffe                  4 = septische Eingriffe</p>	<p><b>Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien</b></p> <p><b>1 = aseptische Eingriffe:</b> 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><b>2 = bedingt aseptische Eingriffe:</b> Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>3 = kontaminierte Eingriffe:</b> 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</p>

			<p>denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p><b>4 = septische Eingriffe:</b>                  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.</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
<b>Operation</b>			
25	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	<p>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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.</p>
26	Beginn des Eingriffs	□□:□□ <u>Hautschnitt</u>	<p>Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert</p>
27	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Nahtzeit  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 10 Minuten Angabe ohne Warnung: 15 - 240 Minuten	-
28	Prozedur(en)	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□	<p>Alle OPS des durchgeführten Eingriffs sind gemäß den gültigen Kodierrichtlinien zu dokumentieren.                  In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals <b>Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung</b> eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. Für Prozeduren an Lokalisationen, die</p>

		<p>8. □-□□□.□□                  9. □-□□□.□□                  10. □-□□□.□□                  alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen</p> <p>http://www.dimdi.de</p>	<p>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 Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2021-2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020-2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020-2021</u> aufgenommen worden ist.</p>
29	Operationsverfahren	<input type="checkbox"/>  1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige	-
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
30	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<p><u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.</u></p>
<b>wenn Feld 30 = 1</b>			
31.1	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht.
31.2	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/>  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. cut out)
31.3	<del>OP- oder interventionsbedürftige/-s</del> Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/>  1 = ja	<p><del>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</del></p>

			<del>zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten.</del>
31.4	<del>OP- oder interventionsbedürftige</del> Gefäßläsion	<input type="checkbox"/>  1 = ja	<del>Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Im Bereich des Beckens in der Regel A. iliaca externa, im Bereich des Femurs A. femoralis bzw. A. profunda femoris. Die Gabe von Blutkonserven ist nicht ausreichend, die Kriterien hier zu erfüllen.</del>
31.5	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
31.6	Fraktur	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akutstationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
31.7	<del>reoperationspflichtige</del> Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Gemeint ist hier das <del>reoperationspflichtige</del> <u>bedürftige</u> Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
31.8	<del>reoperationspflichtige</del> sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Gemeint ist hier die <del>reoperationspflichtige</del> <u>bedürftige</u> , in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
31.9	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/>  1 = ja	<del>z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden. Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.</del>
32	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  0 = nein 1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
<b>wenn Feld 32 = 1</b>			
33	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:

		<p>1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion                  2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion                  3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p>	<p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde.</p> <p>A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.</p>
<b>wenn Feld 30 = 1 oder wenn Feld 32 = 1</b>			
34	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 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
35	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p><u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.</u></p>
<b>wenn Feld 35 = 1</b>			
36.1	Pneumonie	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p><b>Infektionen der Unteren Atemwege</b></p> <p><b>C 1 a - C 1 c Pneumonie</b></p> <p><b>C 1 a Klinisch definierte Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax</p>

		<p>Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>zwei</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>Für Patienten &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>).</p> <p><b>C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>)</li> </ul>
--	--	---

		<p>oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erregernachweis im Blut</li> <li>▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit</li> <li>▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste</li> <li>▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in <math>\geq 5\%</math> der bei BAL gewonnenen Zellen</li> <li>▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym</li> <li>▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen</li> </ul> <p><b>C 1 c Atypische Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber <math>&gt; 38\text{ °C}</math></li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>)</li> </ul>
--	--	---

			<p>oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde</li> <li>▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien)</li> <li>▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf <math>\geq 1:128</math> in wiederholten Serumproben</li> <li>▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin</li> </ul>
36.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).</p> <p>Beispiele:                      - Herzinfarkt                      - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen</p>
36.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
36.4	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
36.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-

		<p>1 = ja</p>	<p>Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p>Harnwegsinfektionen</p> <p><b>D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion</b></p> <p>muss dem folgenden Kriterium entsprechen:</p> <p>▶ Mindestens eine Urinkultur <math>\geq</math> 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen</p> <p style="padding-left: 20px;">und Patient hat mindestens <u>eines</u> der folgenden Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>&gt; 38\text{ }^{\circ}\text{C}</math>)</li> <li>• suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache)</li> <li>• Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache)</li> <li>• Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>• erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>• Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter)</li> </ul> <p><b>D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis</b></p> <p>muss dem folgenden Kriterium entsprechen:</p> <p>▶ Mindestens eine Urinkultur mit <math>\geq 105</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen</p> <p style="padding-left: 20px;">und Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein Fieber</li> <li>• kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür)</li> </ul>
--	--	---------------	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>• kein Harndrang</li> <li>• keine erhöhte Miktionsfrequenz</li> <li>• keine Dysurie</li> </ul> <p><b>und</b> Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur</p> <p><b>D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege</b> (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n</p> <p>▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt</p> <p>▶ Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt; 38 °C)</li> <li>• lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle</li> </ul> <p><b>und</b> mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle</li> <li>• Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)</li> </ul>
36.6	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
36.7	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
36.8	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
36.9	<u>Delir, akute delirante Symptomatik</u>	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf  1 = ja	=
36.910	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten)</li> <li>• hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten)</li> <li>• mehrfacher venöser Zugang</li> </ul>
<b>wenn „Delir, akute delirante Symptomatik“ = 1</b>			
neu	<u>Demenz</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	=
<b>Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren</b>			
37	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
38	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	<input type="checkbox"/> siehe z.B. Pflegedokumentation  0 = nein 1 = ja	-
<b>Gehfähigkeit bei Entlassung</b>			
<b>wenn Feld 42 &lt;&gt; 07</b>			
39	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich ( <u>Nahbereich</u> ) 3 = <u>Gehen am Stück bis 50m möglich auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)</u> 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. <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u>
40	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.

		2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	
neu	<u>Treppensteigen bei Entlassung</u>	<input type="checkbox"/>  <u>1 = selbständiges Treppensteigen möglich</u> <u>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u> <u>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</u>	<u>Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u>  <u>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u> <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</u> <u>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</u>
<b>Entlassung Krankenhaus</b>			
41	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.</b>  <b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b> Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
42	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-

43	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1. □□□.□□</p> <p>2. □□□.□□</p> <p>3. □□□.□□</p> <p>4. □□□.□□</p> <p>5. □□□.□□</p> <p>6. □□□.□□</p> <p>7. □□□.□□</p> <p>8. □□□.□□</p> <p>9. □□□.□□</p> <p>10. □□□.□□</p> <p>...</p> <p>30. □□□.□□</p> <p>alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <u>2021/2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020/2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>2020-2021</u> aufgenommen worden ist.</p>
44	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<p><input type="checkbox"/></p> <p><del>gemäß OPS 8-550.-)</del></p> <p>1 = ja</p>	<p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>neu</u>	<u>Versorgung bei Polytrauma</u>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>gemäß OPS 5-982.-</u></p> <p>1 = ja</p>	<p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>

## Lange Schlüssel

<u>Schlüssel 1</u> <u>"Fachabteilungen"</u>	<p><u>0100 – Innere Medizin</u></p> <p><u>0102 – Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie</u></p> <p><u>0103 – Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie</u></p> <p><u>0104 – Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie</u></p> <p><u>0105 – Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</u></p> <p><u>0106 – Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie</u></p> <p><u>0107 – Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie</u></p> <p><u>0108 – Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie</u></p> <p><u>0109 – Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie</u></p> <p><u>0114 – Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</u></p> <p><u>0150 – Innere Medizin/Tumorforschung</u></p> <p><u>0151 – Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie</u></p> <p><u>0152 – Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten</u></p> <p><u>0153 – Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes</u></p> <p><u>0154 – Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</u></p> <p><u>0156 – Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</u></p> <p><u>0190 – Innere Medizin</u></p> <p><u>0191 – Innere Medizin</u></p> <p><u>0192 – Innere Medizin</u></p> <p><u>0200 – Geriatrie</u></p> <p><u>0224 – Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde</u></p> <p><u>0260 – Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u></p> <p><u>0261 – Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u></p> <p><u>0290 – Geriatrie</u></p> <p><u>0291 – Geriatrie</u></p> <p><u>0292 – Geriatrie</u></p>
--	--

<u>0300 – Kardiologie</u>
<u>0390 – Kardiologie</u>
<u>0391 – Kardiologie</u>
<u>0392 – Kardiologie</u>
<u>0400 – Nephrologie</u>
<u>0410 – Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>0436 – Nephrologie/Intensivmedizin</u>
<u>0490 – Nephrologie</u>
<u>0491 – Nephrologie</u>
<u>0492 – Nephrologie</u>
<u>0500 – Hämatologie und internistische Onkologie</u>
<u>0510 – Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>0524 – Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde</u>
<u>0533 – Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</u>
<u>0590 – Hämatologie und internistische Onkologie</u>
<u>0591 – Hämatologie und internistische Onkologie</u>
<u>0592 – Hämatologie und internistische Onkologie</u>
<u>0600 – Endokrinologie</u>
<u>0607 – Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie</u>
<u>0610 – Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>0690 – Endokrinologie</u>
<u>0691 – Endokrinologie</u>
<u>0692 – Endokrinologie</u>
<u>0700 – Gastroenterologie</u>
<u>0706 – Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie</u>
<u>0710 – Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>0790 – Gastroenterologie</u>
<u>0791 – Gastroenterologie</u>
<u>0792 – Gastroenterologie</u>
<u>0800 – Pneumologie</u>
<u>0890 – Pneumologie</u>
<u>0891 – Pneumologie</u>
<u>0892 – Pneumologie</u>
<u>0900 – Rheumatologie</u>
<u>0910 – Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>0990 – Rheumatologie</u>
<u>0991 – Rheumatologie</u>
<u>0992 – Rheumatologie</u>
<u>1000 – Pädiatrie</u>
<u>1004 – Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie</u>
<u>1005 – Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</u>
<u>1006 – Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie</u>
<u>1007 – Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie</u>
<u>1009 – Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie</u>
<u>1011 – Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie</u>
<u>1012 – Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie</u>
<u>1014 – Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</u>
<u>1028 – Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie</u>
<u>1050 – Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin</u>
<u>1051 – Langzeitbereich Kinder</u>
<u>1090 – Pädiatrie</u>
<u>1091 – Pädiatrie</u>
<u>1092 – Pädiatrie</u>
<u>1100 – Kinderkardiologie</u>
<u>1136 – Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin</u>
<u>1190 – Kinderkardiologie</u>
<u>1191 – Kinderkardiologie</u>
<u>1192 – Kinderkardiologie</u>
<u>1200 – Neonatologie</u>
<u>1290 – Neonatologie</u>
<u>1291 – Neonatologie</u>
<u>1292 – Neonatologie</u>
<u>1300 – Kinderchirurgie</u>
<u>1390 – Kinderchirurgie</u>
<u>1391 – Kinderchirurgie</u>
<u>1392 – Kinderchirurgie</u>
<u>1400 – Lungen- und Bronchialheilkunde</u>
<u>1410 – Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie</u>
<u>1490 – Lungen- und Bronchialheilkunde</u>

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 BPfIV 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 BPfIV 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

<p> <u>2591 – Geburtshilfe</u>  <u>2592 – Geburtshilfe</u>  <u>2600 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</u>  <u>2690 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</u>  <u>2691 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</u>  <u>2692 – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</u>  <u>2700 – Augenheilkunde</u>  <u>2790 – Augenheilkunde</u>  <u>2791 – Augenheilkunde</u>  <u>2792 – Augenheilkunde</u>  <u>2800 – Neurologie</u>  <u>2810 – Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie</u>  <u>2856 – Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</u>  <u>2890 – Neurologie</u>  <u>2891 – Neurologie</u>  <u>2892 – Neurologie</u>  <u>2900 – Allgemeine Psychiatrie</u>  <u>2928 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie</u>  <u>2930 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>  <u>2931 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie</u>  <u>2950 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung</u>  <u>2951 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie</u>  <u>2952 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung</u>  <u>2953 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik</u>  <u>2954 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik</u>  <u>2955 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik</u>  <u>2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik</u>  <u>2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>2961 – Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>2990 – Allgemeine Psychiatrie</u>  <u>2991 – Allgemeine Psychiatrie</u>  <u>2992 – Allgemeine Psychiatrie</u>  <u>3000 – Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>  <u>3060 – Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>3061 – Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>3090 – Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>  <u>3091 – Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>  <u>3092 – Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>  <u>3100 – Psychosomatik/Psychotherapie</u>  <u>3110 – Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik</u>  <u>3160 – Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>3161 – Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>3190 – Psychosomatik/Psychotherapie</u>  <u>3191 – Psychosomatik/Psychotherapie</u>  <u>3192 – Psychosomatik/Psychotherapie</u>  <u>3200 – Nuklearmedizin</u>  <u>3233 – Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde</u>  <u>3290 – Nuklearmedizin</u>  <u>3291 – Nuklearmedizin</u>  <u>3292 – Nuklearmedizin</u>  <u>3300 – Strahlenheilkunde</u>  <u>3305 – Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</u>  <u>3350 – Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie</u>  <u>3390 – Strahlenheilkunde</u>  <u>3391 – Strahlenheilkunde</u>  <u>3392 – Strahlenheilkunde</u>  <u>3400 – Dermatologie</u>  <u>3460 – Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</u>  <u>3490 – Dermatologie</u>  <u>3491 – Dermatologie</u>  <u>3492 – Dermatologie</u>  <u>3500 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</u>  <u>3590 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</u>  <u>3591 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</u>  <u>3592 – Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie</u>  <u>3600 – Intensivmedizin</u>  <u>3601 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin</u>  <u>3603 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie</u>  <u>3610 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie</u> </p>
---

	<p><u>3617 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie</u>  <u>3618 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie</u>  <u>3621 – Intensivmedizin/Herzchirurgie</u>  <u>3622 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie</u>  <u>3624 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe</u>  <u>3626 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</u>  <u>3628 – Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie</u>  <u>3650 – Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie</u>  <u>3651 – Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie</u>  <u>3652 – Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie</u>  <u>3690 – Intensivmedizin</u>  <u>3691 – Intensivmedizin</u>  <u>3692 – Intensivmedizin</u>  <u>3700 – sonstige Fachabteilung</u>  <u>3750 – Angiologie</u>  <u>3751 – Radiologie</u>  <u>3752 – Palliativmedizin</u>  <u>3753 – Schmerztherapie</u>  <u>3754 – Heiltherapeutische Abteilung</u>  <u>3755 – Wirbelsäulen Chirurgie</u>  <u>3756 – Suchtmedizin</u>  <u>3757 – Visceralchirurgie</u>  <u>3790 – Sonstige Fachabteilung</u>  <u>3791 – Sonstige Fachabteilung</u>  <u>3792 – Sonstige Fachabteilung</u></p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Mammachirurgie (18/1)

#### Textdefinition

Alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN MAM\_OPS UND DIAG EINSIN MAM\_ICD

##### Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle MAM\_OPS  
und  
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle MAM\_ICD

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 20202021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 20222023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.20202021' UND AUFNDATUM <= '31.12.20202021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.20212022')

##### Diagnose(n) der Tabelle MAM\_ICD

ICD-Kode Titel

<u>C44.5</u>	<u>Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes</u>
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
D04.5	Carcinoma in situ: Haut des Rumpfes
D05.0	Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse
D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
D05.7	Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse
D05.9	Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]
N60.0	Solitärzyste der Mamma
N60.1	Diffuse zystische Mastopathie
N60.2	Fibroadenose der Mamma

N60.3	Fibrosklerose der Mamma
N60.4	Ektasie der Ductus lactiferi
N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien
N60.9	Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet
N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]
N64.3	Galaktorrhoe, nicht im Zusammenhang mit der Geburt
N64.5	Sonstige Symptome der Mamma

## Prozedur(en) der Tabelle MAM OPS

### OPS-Kode Titel

1-586.1	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Supraklavikulär
1-586.2	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Axillär
1-589.0	Biopsie an anderen Organen und Geweben durch Inzision: Brustwand
5-401.10	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung
5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
5-401.12	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)
5-401.1x	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Sonstige
5-402.10	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels
5-402.11	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1
5-402.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2
5-402.13	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1, 2 und 3
5-402.1x	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Sonstige
5-404.00	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels
5-404.01	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1
5-404.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2
5-404.03	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1, 2 und 3
5-404.0x	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Sonstige
5-406.10	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels
5-406.11	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1
5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2
5-406.13	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3
5-406.1x	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Sonstige
5-407.00	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels
5-407.01	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1
5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2
5-407.03	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3
5-407.0x	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Sonstige
<u>5-408.71</u>	<u>Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär</u>
5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
5-870.60	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5-870.61	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

- 5-870.90 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
- 5-870.91 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
- 5-870.a0 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
- 5-870.a1 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
- 5-870.a2 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
- 5-870.a3 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie
- 5-870.a4 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe
- 5-870.a5 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik
- 5-870.a6 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik
- 5-870.a7 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss
- 5-870.ax Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Sonstige
- 5-870.x Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Sonstige
- 5-870.y Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: N.n.bez.
- 5-872.0 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie
- 5-872.1 (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
- 5-872.x (Modifizierte radikale) Mastektomie: Sonstige
- 5-872.y (Modifizierte radikale) Mastektomie: N.n.bez.
- 5-874.0 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major
- 5-874.1 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion der Mm. pectorales majores et minores
- 5-874.2 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion der Mm. pectorales majores et minores
- 5-874.4 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis minor
- 5-874.5 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis major
- 5-874.6 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis minor
- 5-874.7 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit oberflächlicher Thoraxwandteilresektion (Thoraxwandmuskulatur)
- 5-874.8 Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit tiefer Thoraxwandteilresektion
- 5-874.x Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Sonstige
- 5-874.y Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: N.n.bez.
- 5-877.0 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie
- 5-877.10 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen
- 5-877.11 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels
- 5-877.12 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens
- 5-877.1x Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Sonstige
- 5-877.20 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen
- 5-877.21 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie
- 5-877.22 Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens

- 5-877.2x Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Sonstige
- 5-877.x Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Sonstige
- 5-877.y Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: N.n.bez.
- 5-879.0 Andere Exzision und Resektion der Mamma: Exzision von ektopischem Mammagewebe
- 5-879.x Andere Exzision und Resektion der Mamma: Sonstige
- 5-879.y Andere Exzision und Resektion der Mamma: N.n.bez.
- 5-882.1 Operationen an der Brustwarze: Exzision

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Mammachirurgie (18/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□  http://www.arge-ik.de	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur,	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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.  Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
4	Betriebsstätten-Nummer	□□  Gültige Angabe: >= 1	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

			<p>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>
5	Fachabteilung	<p>□□□□</p> <p>siehe Schlüssel 4 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-
6	Identifikationsnummer der Patientin	<p>□□□□□□□□□□□□□□□□</p>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	<p>□□.□□.□□□□</p>	-
8	Geschlecht	<p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt</p>	-
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	<p>□□.□□.□□□□</p>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
10	Aufnahmediagnose(n)	<p>1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□</p>	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.

		<p>7.□□□.□□              8.□□□.□□              9.□□□.□□              10.□□□.□□              ...              30.□□□.□□              ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	
<b>Brust (BRUST)</b>			
<b>Präoperative Informationen</b>			
11	betroffene Brust / Seite	<input type="checkbox"/>  1 = rechts 2 = links	Wenn beide Seiten operiert werden, ist ein zweiter Teildatensatz "Brust" (inkl. Teildatensatz Operation) anzulegen und auszufüllen.
12	Erkrankung an dieser Brust	<input type="checkbox"/> oder Eingriff an dieser Brust  1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	bei benignen Tumoren oder Tumoren unklarer Dignität: Schlüsselwert = "Primärerkrankung".  Schlüsselwert "prophylaktische Mastektomie" trifft zu, wenn die Entfernung des gesamten Brustdrüsenkörpers in präventiver Absicht vorgenommen werden soll. Eine prophylaktische Mastektomie wird bei Frauen mit BRCA-1 oder BRCA2-Genmutation und /oder mit familiärer Hochrisikosituation für das Auftreten eines Mammakarzinoms und bei bereits aufgetretenem Karzinom einer Brust für die kontralaterale (gesunde) Brust vorgenommen. Bei der Mastektomie der erkrankten Seite handelt es sich um eine therapeutische Mastektomie. Dann ist Schlüsselwert "Primärerkrankung" anzugeben. Regionale Lymphknoten sind ipsilaterale axilläre (einschließlich intramammären), ipsilaterale infraclavikuläre, ipsilaterale supraclavikuläre sowie ipsilaterale Lymphknoten an der A. mammaria interna. Jede andere Lymphknotenmetastase wird als Fernmetastase klassifiziert (einschließlich zervikaler oder kontralateraler Lymphknotenmetastasen an der A. mammaria interna) <sup>(1)</sup> . Ebenso Fernmetastasierungen in das Hautorgan, die Weichteilgewebe, die Knochen, das Gehirn und die Viszeralorgane.  <sup>(1)</sup> [UICC (2017) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim]
<b>wenn Feld 12 = 1</b>			
13	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	wenn der erste offene Eingriff die Axilla betrifft, dann ebenfalls mit "ja" antworten. Ein späterer offener Eingriff an der Brust wird in diesen Fällen nicht mehr als erster offener Eingriff dokumentiert.
<b>wenn Feld 12 = 1</b>			
14	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust	<input type="checkbox"/>	Erste offene Tumor-Operation an dieser Brust wegen Primärerkrankung. Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten

	in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	nicht als Ersteingriff an dieser Brust.  Wenn die Erstresektion in einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde oder wenn der Eingriff im aktuellen Aufenthalt ausschließlich die Axilla betrifft, so ist "nein" zu dokumentieren.  Wenn ein operativer Ersteingriff an dieser Brust während des aktuellen oder auch während eines vorangegangenen Aufenthalts in Ihrer Einrichtung stattgefunden hat, ist "ja" anzugeben.
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
15	tastbarer Mammabefund	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben. Auch bei Tumoren, die sich später in der Histologie als gutartig herausstellen, sind die klinischen Tastbefunde entsprechend der präoperativen Untersuchung zu dokumentieren.
<b>wenn Feld 15 = 0</b>			
16	Mikrokalk <u>ohne Herdbefund</u>	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<u>Bei Befunden mit reinem Mikrokalk ist „ja“ zu dokumentieren.</u>  <u>„nein“ ist bei Befunden ohne Mikrokalk und bei Mischbefunden aus Mikrokalk und Herdbefund anzugeben.</u>
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
17	Diagnosestellung im Rahmen des Mammograph <sup>ie</sup> -Screening-Programms	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei Mammograph <sup>ie</sup> n bei Patientinnen ohne erkennbare Symptome aber mit familiärem Risiko handelt es sich um eine Früherkennung, die keinem Mammograph <sup>ie</sup> -Screening-Programm zuzuordnen ist.
<b>wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv</b>			
18	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<b>wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv</b>  <b>ja:</b> Ein histologischer Befund durch Stanz- oder Vakuumbiopsie liegt vor dem ersten offenen Eingriff vor. Bei der Feinnadelbiopsie handelt es sich nicht um eine histologische Diagnosesicherung.
19	Histologie	<input type="checkbox"/>  1 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial 4 = malignitätsverdächtig 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	Die Auswahlmöglichkeiten sind der B-Klassifikation zugeordnet: 1 = B1: nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = B2: benigne / entzündliche Veränderung (u.a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis) 3 = B3: benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial (u.a. flache epitheliale Atypie (FEA); atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); papilläre Läsionen; radiäre Narbe / komplexe sklerosierende Läsion; Phylloides-Tumor) 4 = B4: malignitätsverdächtig (u.a. vermutlich maligne Veränderung, aber Beurteilung aus technischen Gründen eingeschränkt; ADH)

			5 = B5: maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)
<b>wenn Feld 19 = 5</b>			
20	maligne Neoplasie	<p>□□□□□□ einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3</p> <p>siehe Schlüssel <u>21</u> "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"</p>	<p><u>prätherapeutische bzw. präoperative pathologische Befundung:</u> Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiecodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch <a href="https://www.gekid.de/download/1228/http://www.gekid.de/Doc/Krebsregister-Manual%202008.pdf">https://www.gekid.de/download/1228/http://www.gekid.de/Doc/Krebsregister-Manual%202008.pdf</a> (abgerufen am: 31.10.2019). (accessed 20170817); ebenda: 4.2 unter 6.2 „Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of“; ebenda: 4.2 unter 3.4.1 „Zählung von Mehrfachtumoren“.</p>
21	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes	□□.□□.□□□□	<p>Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde) und den pathologischen Befund komplettiert. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki67-Status. <sup>(1)</sup></p> <p><sup>(1)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen</p>

			Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-0450L. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0450LL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0450LL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am: 20.09.2018).
<b>Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund</b>			
Wenn Feld 19 IN 8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8540/3, 8543/3, 8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8140/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3, 8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3, 8502/3, 8503/3, 8504/3, 8510/3, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3, 8560/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3 (bei invasivem Karzinom / DCIS)			
22	Histologischer Typ	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
23	Grading	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
24	Hormonrezeptorstatus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
<u>Wenn Feld 19 IN 8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8140/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3, 8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3, 8502/3, 8503/3, 8504/3, 8510/3, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3, 8560/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3 (bei invasivem Karzinom)</u>			
25	HER2-Status	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
26	Ki67-Status	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
<b>wenn Feld 13 = 1</b>			
27	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	<input type="checkbox"/> Tumorboard und Befunde 0 = nein 1 = ja	Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammachirurgie <sup>(1)</sup> , den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS <sup>(2)</sup> und den von Wilson et al. <sup>(3)</sup> formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen <sup>(1)</sup> bzw. dem Tumorboard <sup>(2,3)</sup> vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards <sup>(2,3)</sup> . Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) und <del>strahlentherapeutische(r)</del> Onkologe/Onkologin <u>und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut.</u> Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-,

		<p>viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden. <sup>(2,3)</sup></p> <p>Die Screening-Konferenz kann anerkannt werden, wenn der Teilnehmerkreis den geforderten Teilnehmern entspricht. <sup>(2)</sup></p> <p>Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist. <sup>(2,3)</sup></p> <p>Wenn Antwort „1 = ja“: Zu den für die prätherapeutische Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme (z. B. Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie) sowie klinische Befunde, Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) <sup>(1)</sup> und Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, KI67-Status.</p> <p><sup>(1)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am: 20.09.2018).</p> <p><sup>(2)</sup> DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2017): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 28.09.2017. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-l1_170928.docx. URL: <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p> <p><sup>(3)</sup> Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. <i>EJC - European Journal of Cancer</i> 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.</p>
--	--	---

wenn Feld 12 = 1			
28	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>Operation (O)</b>			
<b>Eingriff</b>			
29	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Brust darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.  <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
30	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	<input type="checkbox"/> gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung  0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	<p><u>„Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist.“<sup>1</sup></u>  <u>Gemäß dieser Leitlinienempfehlung ist die präoperativ durchgeführte Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT mit dem Schlüsselwert 1, 2 bzw. 3 zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Schlüsselwert „nein, stattdessen intraoperative ultraschallgesteuerte Operation“ ist anzugeben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Wenn präoperativ keine Drahtmarkierung erfolgte, sondern stattdessen die intraoperative sonografische Zielsteuerung des Resektionsvolumens erfolgte. „Unabhängig von der präoperativen Nadelmarkierung, kann die direkte intraoperative sonographische Zielsteuerung das Resektionsvolumen optimieren“<sup>1</sup>. Die präoperative Nadel- (Draht-)Markierung ist primär zielführend und sollte nicht generell durch eine rein ultraschallgesteuerte/ assistierte OP ersetzt werden.</u></li> </ul> <p><u>Schlüsselwert „nein“ ist z. B. anzugeben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder</u></li> <li>▪ <u>Bei ausschließlicher Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder</u></li> <li>▪ <u>Bei ausschließlichen Clipmarkierungen von Tumoren in der Brust (z.B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien)</u></li> <li>▪ <u>Bei ausschließlicher intraoperativer Vornahme</u></li> </ul>

			<p>topografischer Markierungen für die pathomorphologische Befundung  <del>ist „nein“ anzugeben.</del></p> <p><u>Ein Schlüsselwert „ja“ ist anzugeben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn <u>in der Brust</u> befindliche <del>Werden</del>-Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor geplanter Resektion drahtmarkiert <u>werden.</u>, ist „ja“ anzugeben</li> </ul> <p><del>Es ist „nein“ anzugeben, wenn intraoperativ nur topografische Markierungen für die pathomorphologische Befundung vorgenommen werden.</del>  <del>Es wird „nein, stattdessen intraoperative ultraschallgesteuerte Operation“ dokumentiert, wenn präoperativ keine Drahtmarkierung erfolgte, sondern stattdessen die intraoperative sonografische Zielsteuerung des Resektionsvolumens erfolgte.</del>  <del>„Unabhängig von der präoperativen Nadelmarkierung kann die direkte intraoperative sonographische Zielsteuerung das Resektionsvolumen optimieren“<sup>(4)</sup></del></p> <p><sup>(1)</sup>Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am: <del>28.06.2019</del>).</p>
<p>wenn Feld 30 IN (1;2;3;4)</p>			
<p>31</p>	<p>intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein            1 = ja, intraoperative Präparateradiographie            2 = ja, intraoperative Präparatesonographie</p>	<p><u>„Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparateradiografie oder Präparatesonografie zu erbringen“ 1 - unabhängig von der vermuteten Dignität. Auch bei ultraschallgesteuerter Operation sollte die Präparatesonografie durchgeführt und dokumentiert werden.-</u></p> <p><sup>(1)</sup><u>Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018.</u></p>

			<a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 28.06.2019).</a>
32	OP-Datum	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. 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 2011 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-872.0 ((Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie) als Einschlussprozedur für den Datensatz Mammachirurgie ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-872.0:R, 5-872.0:L oder 5-872.0:B. Die Dokumentation des Codes 5-872.0 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2024</del> 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del> 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del> 2021 aufgenommen worden ist.
<b>wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld "Erkrankung an dieser Brust" IN (1;2;3)</b>			
34	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-

<b>Brust (BRUST)</b>			
<b>Histologie und Staging</b>			
<b>wenn Feld 12 IN (1;2;3) (verpflichtend) oder wenn Feld 12 IN (4, 5) (optional)</b>			
35	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	<input type="checkbox"/> 1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei mehrzeitigem Operieren sind alle vorliegenden histologischen Befunde zu berücksichtigen. Sollte z. B. ein Nachresektat bei der primär-operativen Behandlung eines Mammakarzinoms tumorfrei sein, muss dennoch das Mammakarzinom dokumentiert werden. Bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie muss das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom dokumentiert werden.</li> <li>Bei Folgeoperationen zum Ausschluss eines lokoregionären Rezidivs nach abgeschlossener primär-operativer Behandlung eines Mammakarzinoms (z. B. PE an der Brust auch im Rahmen eines Prothesenwechsels oder PE an der Axilla) mit benigner Histologie, ist der aktuelle benigne Befund zu dokumentieren.</li> <li>Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne BET oder Mastektomie) bei geplanter neoadjuvanter Therapie durchgeführt, ist der histologische Befund der der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorausgehenden Mamma-Biopsie anzugeben.</li> </ul> <p>1 = ausschließlich Normalgewebe                      2 = benigne/entzündliche Veränderung (u. a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis, Papillome, radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion)                      3 = Risikoläsion (flache epitheliale Atypie (FEA), atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); Phylloides-Tumor: benigne und Borderline-Kategorie)                      4 = maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)</p>
<b>wenn Feld 35 = 4</b>			
36	maligne Neoplasie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3  siehe Schlüssel <u>21</u> "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"	<p><u>Postoperative pathologische Befundung:</u>                      Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.                      Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiecodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher</p>

			<p>Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch <a href="https://www.gekid.de/download/1228/(abgerufen%20am:31.10.2019).ebenda:4.2%20unter%206.2%20„Klärung%20der%20Patienten-/Fallidentität,%20Zählung%20von%20Mehrfachtumoren%20und%20Best-of“">https://www.gekid.de/download/1228/(abgerufen am: 31.10.2019).ebenda: 4.2 unter 6.2 „Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of“</a>. <a href="http://www.gekid.de/Doc/Krebsregister-Manual%202008.pdf">http://www.gekid.de/Doc/Krebsregister-Manual%202008.pdf</a> (accessed 20170817); ebenda: 4.2 unter 3.4.4 "Zählung von Mehrfachtumoren".</p>
<b>wenn Feld 12 IN (1;2;3)</b>			
37	primär-operative Therapie abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen  0 = nein 1 = ja	<p>Die operative Therapie ist dann abgeschlossen, wenn keine weitere Operation zur Tumorentfernung bzw. zum lokoregionären Staging empfohlen wird. Dies gilt auch, wenn die operative Behandlung aufgrund des Allgemeinzustandes der Patientin beendet wird. Die folgenden Datenfelder (Datenfelder: "pT" bis "postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz") dürfen erst dann ausgefüllt werden, wenn die operative Therapie (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen) abgeschlossen ist. Nur so kann gesichert werden, dass die endgültigen Befunde eingetragen werden. Im Falle der Empfehlung einer weiteren operativen Therapie werden die genannten Datenfelder beim letzten stationären Aufenthalt ausgefüllt. Die operative Therapie ist auch dann abgeschlossen, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.</p>
<b>wenn Feld 37 = 0</b>			
38	weitere Therapieempfehlung	<input type="checkbox"/>  1 = Empfehlung zur Nachresektion 2 = Empfehlung zur Mastektomie 3 = Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4 = Empfehlung zur	<p>Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne BET oder Mastektomie) bei geplanter neoadjuvanter Therapie durchgeführt, ist hinsichtlich einer späteren operativen Therapie die Empfehlung anzugeben, die aufgrund der vorliegenden Befunde naheliegend ist.</p>

		Axilladisektion 6 = Empfehlung zur BET 9 = Kombination aus 1 bis 6	
<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom</b>			
39	pT	□□□□□□  siehe Schlüssel <a href="#">32</a> "Path. T-Stadium Mamma"	<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom</b> Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypTNM-Klassifikation angewandt werden. pTNM-Klassifikation Die pTNM-Klassifikation erfolgt nach UICC 8. Auflage, 2017 <sup>(1)</sup> . Bei der pT-Klassifikation muss die Einteilung in Subkategorien für pT1 und pT4 erfolgen. pT-Klassifikation Eine pT-Klassifikation erfordert die Untersuchung des Primärtumors ohne makroskopisch erkennbaren Tumor an den Resektionsrändern. Ein Fall kann nach pT klassifiziert werden, wenn an den Resektionsrändern ein Tumor nur histologisch nachgewiesen wird. Die pT-Kategorien entsprechen den T-Kategorien (siehe klinische TNM-Klassifikation). Zur Bestimmung der Tumorgroße wird nur die invasive Komponente gemessen. Wenn eine große in-situ Komponente (z. B. 4 cm) und eine kleine invasive Komponente (z.B. 0,5 cm) besteht, wird der Tumor entsprechend der kleinen invasiven Komponente (im Beispiel pT1a) klassifiziert. <sup>(1)</sup> UICC (2017) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim
<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>			
40	pN	□□□□□□□□  siehe Schlüssel <a href="#">43</a> "Path. N-Stadium Mamma"	<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>  Bei der pN-Klassifikation müssen die Subkategorien für pN1, pN2, pN3 verschlüsselt werden.  pNX darf nur angewandt werden, falls keine Lymphknoten untersucht wurden. Wenn die pathologische Klassifikation auf einer Sentinel-Lymphknoten-Untersuchung basiert, muss diese durch den Zusatz (sn) gekennzeichnet werden, also beispielsweise pN1(sn).  Im Falle einer vorausgegangenen neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypN-Klassifikation angewandt werden.

			Wenn ausschließlich vor der neoadjuvanten Therapie eine Lymphknotenbiopsie erfolgte, wird das Präfix "y" nicht verwendet, sondern es ist die pN-Klassifikation anzuwenden. Falls nach der neoadjuvanten Therapie noch weitere Lymphknoten entfernt wurden, so muss die ypTNM Klassifikation angewandt werden.
<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</b>			
41	Grading <u>(WHO)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  G1 = Grad 1 (low grade) G2 = Grad 2 (intermediate grade) G3 = Grad 3 (high grade) GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</b> In der S-3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau" <sup>(1)</sup> ist für das DCIS das Graduierungsschema nach WHO 2003 angeführt: <b>1. Graduierung (WHO):</b> Grad 1 = Low Grade = Kerngrad 1 ohne Nekrosen Grad 2 = Intermediate Grade = Kerngrad 1 mit Nekrosen oder Kerngrad 2 ohne/mit Nekrosen Grad 3 = High Grade = Kerngrad 3 ohne/mit Nekrosen  <sup>(1)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-0450L. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0450LL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0450LL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am:20.09.2018).
<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</b>			
42	GesamtumorgroÙe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Angabe in: mm Gültige Angabe: >= 0 mm Angabe ohne Warnung: <= 100 mm	<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</b>  Eine aussagekräftige Größenbestimmung an der Vakuumbiopsie, die oftmals aus 20-30 Fragmenten besteht, ist nicht möglich und wird deshalb auch nicht gefordert. Von daher ist in solchen Fällen eine näherungsweise Bestimmung der Ausdehnung des DCIS anhand der präoperativen Bildgebung (Mikrokalk-Ausdehnung) üblich und soll hier dokumentiert werden, um für die weitere Planung der Therapie ein Größenmaß zu haben.
<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</b>			
43	Grading <u>(WHO)</u> , <u>(Elston und Ellis)</u>	<input type="checkbox"/>  1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</b> <b>Auswahl nach Schlüssel: G</b> Beim invasiven Karzinom erfolgt das Grading nach Elston und Ellis <sup>(1)</sup> (sog. Nottingham histologic grading). Eine begleitende in-situ-Komponente

			<p>wird beim Grading invasiver Karzinome nicht berücksichtigt.</p> <p><sup>(1)</sup> Elston CW, Ellis IO (1991) Pathological prognostic factors in breast cancer. 1. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. <i>Histopathology</i> 19: 403-410.</p> <p><sup>(2)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am:20.09.2018).</p>
44	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus	<input type="checkbox"/> 0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	<p><b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</b></p> <p>Bei Rezidiverkrankungen bezieht sich das Datenfeld auf die Bestimmung des Hormonrezeptorstatus aus dem Gewebe des Rezidivs. Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• positiv/negativ nur dann, falls Hormonrezeptoren mit immunohistochemischen Verfahren bestimmt wurden</li> <li>• Angabe auch, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden</li> </ul> <p>Die Interpretation der immunohistochemischen Reaktionsergebnisse folgt den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Hammond, ME et al. 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ER- bzw. PgR-positiv: mindestens 1 % positive Tumorzellkerne</li> <li>• ER- oder PgR-negativ: weniger als 1 % positive Tumorzellkerne.</li> </ul> <p><sup>(1)</sup>Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred D., Hagerty K L, Badve S, Fitzgibbons P., Francis G, Goldstein NS, Hayes M, Hicks D G, Lester S, Love R, Mangu P B, McShane L, Miller K, Osborne C K, Paik S, Perlmutter J, Rhodes A, Sasano H, Schwartz J N, Sweep F C, Taube S, Torlakovic E E, Valenstein , Viale G, Visscher D, Wheeler T, Williams R B, Wittliff J, Wolff A C. American Society of Clinical Oncology/College Of American Pathologists guideline recommendations for</p>

			<p>immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. J Clin Oncol 2010; 28(16):2784-2795.</p>
45	HER2-Status	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)</p> <p>1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)</p> <p>2 = <u>Ausnahmekategorie</u> (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)</p> <p>9 = unbekannt</p>	<p><b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</b> Angabe auch, wenn der HER2-Status aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurde. Die Bewertung der Ergebnisse orientiert sich an den <u>aktuellsten evidenzbasierten Leitlinien</u>-Empfehlungen; <u>S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms</u><sup>(4, 5)</sup> <del>des</del>, ASCO/CAP Clinical Practice Guideline <u>Update 2013</u> (Wolff, AC et al. 2013<sup>(1)</sup>, 2015<sup>(2)</sup>, <u>2018</u><sup>(4)</sup>).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>negativer HER2-Status:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Immunhistochemie: Score 0 oder 1+ (IHC 0 oder IHC 1+)</li> <li>○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2-Gen nicht amplifiziert (HER2/CEP17-Ratio &lt; 2,0 und durchschnittliche HER2-Gensignanzahl pro Zelle &lt; 4,0) (ISH negativ)</li> </ul> </li> <li>• <u>positiver HER2-Status:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Immunhistochemie: Score 3+ (IHC 3+)</li> <li>○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2-Gen amplifiziert (HER2/CEP17-Ratio ≥ 2,0 oder HER2/CEP17-Ratio &lt; 2,0 und durchschnittliche HER2-Gensignanzahl pro Zelle ≥ 6,0) (ISH positiv)</li> </ul> </li> </ul> <p><u>HER2-heterogene Fälle:</u> <u>Existiert eine zweite zusammenhängende Zellpopulation mit erhöhter HER2-Signanzahl, die mehr als 10% der Tumorzellen auf dem Schnitt ausmacht, sollen die beiden Populationen getrennt ausgewertet werden. Tumore, die unter diesen Voraussetzungen amplifizierte und nicht amplifizierte Areale enthalten, werden als HER2-positiv gewertet (3, 5).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Borderline-Kategorie:</u> <u>Bei IHC 2+ sollte eine weitere Testung zur Klärung des HER2-Status erfolgen. Wird diese am gleichen Material durchgeführt, sollte dies mittels ISH geschehen. Nach der aktuellsten Empfehlung der ASCO/CAP Clinical Practice Guideline (Wolff, AC et al. 2018<sup>(3)</sup>) entfällt die Borderline-Kategorie. Die Möglichkeit zur Dokumentation dieser Kategorie wird zukünftig gestrichen werden.</u></li> <li>○ Immunhistochemie: Score 2+ (IHC 2+)</li> <li>○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2/CEP17-Ratio &lt; 2,0 und durchschnittliche HER2-Gensignanzahl pro Zelle ≥ 4,0 und &lt; 6,0</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testergebnis unbekannt: Wurde der Test nicht durchgeführt oder sein Ergebnis ist nicht bekannt oder nicht</li> </ul>

		<p>verwertbar (z. B. Artefakte) gilt das als Status unbekannt.</p> <p>Diese Testergebnis-Kategorien werden auch in dem Update der S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (2018) angewendet (AWMF/DKG/DKH<sup>(3)</sup>). Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms<sup>(3)</sup> und die Empfehlungen der ASCO/CAP sehen vor, ein Testergebnis in der Borderline-Kategorie (grenzwertiger Test) eine Re-Testung auslösen sollte (andere validierte Methode an dem gleichen Material oder Neutestung an anderem Material, beispielsweise am Exzidat, wenn Borderline-Ergebnis an der Nadelbiopsie). Ziel ist es letztlich, zu einem klaren HER2-Testergebnis (negativ oder positiv) als Grundlage für die klinische Entscheidungsfindung zukommen. Bei der "Borderline"-Kategorie handelt sich um eine bislang unzureichend untersuchte Subgruppe, bei der unsicher ist, wie viele der betroffenen Patientinnen von einer Anti-HER2-Therapie profitieren<sup>(3)</sup>.</p> <p>(1) <a href="#">Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al.: Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. J Clin Oncol 31(31): 3997-4013. 2013</a><a href="#">Wolff, AC; Hammond, MEH; Kimberly, HA; Harvey, BE; Mangu, PB; Bartlett, JMS; et al. (2018): Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. JCO—Journal of Clinical Oncology 36(20): 2105-2122. DOI: 10.1200/jco.2018.77.8738.</a></p> <p>(2) Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Allison KH, Bartlett JM, Bilous M, Fitzgibbons P, Hanna W, Jenkins RB, Mangu PB et al. --2015. Reply to E.A. Rakha et al. J Clin Oncol 33(11):1302-4</p> <p>(3) <a href="#">Wolff, AC; Hammond, MEH; Kimberly, HA; Harvey, BE; Mangu, PB; Bartlett, JMS; et al. (2018): Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. JCO—Journal of Clinical Oncology 36(20): 2105-2122. DOI: 10.1200/jco.2018.77.8738.</a></p> <p>(4) Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], -DKG [Deutsche</p>
--	--	--

			<p>Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2019-08.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2019-08.pdf</a> (abgerufen am: 31.10.2019) <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am:20.09.2018).</p> <p><sup>(5)</sup> <a href="#">Lebeau, A; Denkert, C; Sinn, P; Schmidt, M; Wöckel, A (2019): Update der S3-Leitlinie Mammakarzinom. Was gibt es neues für den Pathologen? Pathologe 40(2): 185-198. DOI: 10. 1007 / s00292-019-0578-3.</a></p> <p><b>Abkürzungen Testmethodik:</b>  <b>IHC:</b> Immunhistochemie  <b>ISH:</b> In-Situ-Hybridisierung</p>
<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom und Erkrankung an dieser Brust ist Primärerkrankung</b>			
46	histologisch gesicherte Multizentrität	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<p><b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom</b></p> <p>Gemäß Empfehlung der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms ist Multizentrität definiert als Auftreten von getrennten Karzinomherden in mehr als einem Quadranten bzw. bei einem Abstand von mindestens 4 cm zwischen den Herden<sup>(1)</sup>.</p> <p><sup>(1)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: <a href="https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf">https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf</a> (abgerufen am:20.09.2018).</p>
<b>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom und Erkrankung an dieser Brust ist Primärerkrankung</b>			
47	R0-Resektion	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor	<p>Eine R0-Resektion liegt vor bei endgültig tumorfreiem Resektionsrand nach Abschluss der primär-operativen Therapie.</p>

		9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	
<b>wenn Feld 47 = 1</b>			
48	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	<input type="checkbox"/> abschließende Bewertung  1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm bis < 2 mm 3 = >= 2 mm 8 = es liegen keine Angaben vor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors (invasives Karzinom, DCIS) von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der Abstand derjenigen Komponente (invasiv oder intraduktal) anzugeben, der den minimalsten Abstand von den Resektionsrändern hat.</li> <li>Sowohl kontinuierliche Primärtumorausläufer als auch diskontinuierliche Tumorherde (sog. Satelliten bei Multifokalität) werden berücksichtigt.</li> <li>Bei mehrzeitigem Vorgehen müssen die Abstände so aufsummiert werden, dass der angegebene Wert (mm) dem minimalen Abstand des Tumors zum endgültigen Wundhöhlenrand entspricht. Dabei sind die Nachresektate ohne histologisch nachweisbare Tumorreste in die Bestimmung der Sicherheitsabstände (mm) einzubeziehen.</li> </ul>
<b>wenn Feld 47 = 1</b>			
49	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen	<input type="checkbox"/> an dieser Brust insgesamt für die Patientin  0 = keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt 1 = 1 2 = 2 3 = >= 3	Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation) <ul style="list-style-type: none"> <li>Es zählen alle Nachoperationen, die die Patientin im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust erhalten hat. Z. B. während eines vorhergehenden Aufenthalts in Ihrer oder in einer anderen Einrichtung.</li> <li>Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten.</li> <li>Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust.</li> <li>Wenn der R0-Status mit der ersten Operation erreicht wurde, ist hier "keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt" anzugeben.</li> </ul>
<b>wenn Feld 49 IN (1;2;3)</b>			
50	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>  1 = R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation 2 = 2 Nachoperationen 3 = >= 3 Nachoperationen	Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation). <ul style="list-style-type: none"> <li>Es zählen nur Nachoperationen, die in Ihrer Einrichtung erfolgt sind im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust.</li> <li>Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust.</li> </ul>
<b>Art der erfolgten Therapie</b>			
<b>wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>			
51	brusterhaltende Therapie (BET)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	<b>wenn Primärerkrankung oder wenn Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>  BET = "ja", wenn bei der Patientin bei abgeschlossener operativer Behandlung eine Restbrustdrüse erhalten ist. Dies gilt auch dann, wenn der Eingriff an der Brust in einem vorhergehenden Aufenthalt oder in einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde.
<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>			
52	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>  Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine axilläre Lymphknotenentfernung (ausgenommen alleinige SLNB) durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.  auch "ja, einzelne Lymphknoten", wenn im Rahmen einer SLNB einzelne zusätzliche, nicht markierte Lymphknoten entfernt wurden oder wenn ohne SLNB keine systematische Axilladisektion erfolgte. Die Entnahme mehrerer Lymphknoten im Rahmen der Sentinel-Lymphknotenentfernung ist nicht gleichbedeutend mit einer Axilladisektion.  "ja, Axilladisektion", wenn eine systematische Axilladisektion erfolgte
53	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<b>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</b>  Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine SLNB durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.
<b>Basis (B)</b>			
<b>Weiterer Behandlungsverlauf</b>			
<b>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</b>			
54	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	<input type="checkbox"/>  Tumorboard und Befunde  0 = nein 1 = ja	<b>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ- Karzinom)</b>  Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie

		<p>Mammachirurgie<sup>(1)</sup>, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS<sup>(2)</sup> und den von Wilson et al.<sup>(3)</sup> formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen<sup>(1)</sup> bzw. dem Tumorboard<sup>(2,3)</sup> vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards<sup>(2,3)</sup>.</p> <p>"ja", auch wenn die interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist.</p> <p>Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt:          Brustoperateur/Brustoperateurin,          Radiologe/Radiologin,          Pathologe/Pathologin, Internistische(r),          ggfls. gynäkologische(r) und <del>strahlentherapeutische(r)</del>          Onkologe/Onkologin <u>und</u>  <u>Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut</u>.          Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden. <sup>(2,3)</sup></p> <p>Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist. <sup>(2,3)</sup></p> <p>Wenn Antwort „<del>1</del>=ja“: Zu den für die postoperative Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme, klinische Befunde und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) <sup>(1)</sup> sowie Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, K-67-Status; pTNM-Klassifikation, Tumorgroße, Sicherheitsabstand, Resektionsrand, peritumorale Gefäßinvasion, Bezug zu klinischen, radiologischen Befunden, ggf. Angabe weiterer zusätzlicher Tumorherde (Multifokalität, Multizentrität)</p> <p><sup>(1)</sup> Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen</p>
--	--	---

			<p>Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2017): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [Langfassung]. Version 4.0. Stand: Dezember 2017. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: <a href="http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2017-12.pdf">http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLL_S3_Mammakarzinom_2017-12.pdf</a> (abgerufen am: 19.12.2017)</p> <p><sup>(2)</sup> DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2017): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 28.09.2017. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-l1_170928.docx. URL: <a href="https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html">https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</a></p> <p><sup>(3)</sup> Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. <i>EJC - European Journal of Cancer</i> 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.</p>
<b>Entlassung</b>			
55	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u></p>
56	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ...</p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>2024</del><u>2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><u>2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2020</del><u>2021</u> aufgenommen worden</p>

		30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	ist.
57	Entlassungsgrund	□□  siehe Schlüssel <a href="#">54</a> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</p>	<p>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</p>
--	--

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

2934 – 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, Nachtklinik  
 2955 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik  
 2956 – Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik  
 2960 – Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  
 2961 – Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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

	<p>3755 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel 21 "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"	<p>8010/3 = Karzinom o.n.A.  8010/6 = Karzinom, Metastase o.n.A.  8013/3 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom  8013/6 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase  8013/9 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8022/3 = Pleomorphes Karzinom  8022/6 = Pleomorphes Karzinom, Metastase  8022/9 = Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8032/3 = Spindelzellkarzinom o.n.A.  8035/3 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen  8035/6 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase  8035/9 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8041/3 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A.  8041/6 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase  8041/9 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8070/3 = Plattenepithelkarzinom o.n.A.  8070/6 = Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.  8070/9 = Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8140/6 = Adenokarzinom-Metastase o.n.A.  8140/9 = Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8200/3 = Adenoid-zystisches Karzinom  8200/6 = Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase  8200/9 = Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8201/3 = Kribriiformes Karzinom o.n.A.  8201/6 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase  8201/9 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8211/3 = Tubuläres Adenokarzinom  8211/6 = Tubuläres Adenokarzinom, Metastase  8211/9 = Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8246/3 = Neuroendokrines Karzinom o.n.A.  8249/3 = Atypischer Karzinoidtumor  8249/6 = Atypischer Karzinoidtumor, Metastase  8249/9 = Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8265/3 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A.  8265/6 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase  8265/9 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8290/3 = Onkozytäres Karzinom  8290/6 = Onkozytäres Karzinom, Metastase  8290/9 = Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase  8314/3 = Lipidreiches Karzinom  8314/6 = Lipidreiches Karzinom, Metastase  8314/9 = Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8315/3 = Glykogenreiches Karzinom  8315/6 = Glykogenreiches Karzinom, Metastase  8315/9 = Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase  8401/3 = Apokrines Adenokarzinom  8401/6 = Apokrines Adenokarzinom, Metastase  8401/9 = Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8410/3 = Talgdrüsenadenokarzinom  8410/6 = Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase  8410/9 = Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8430/3 = Mukoepidermoid-Karzinom  8430/6 = Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase  8430/9 = Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8480/3 = Muzinöses Adenokarzinom  8480/6 = Muzinöses Adenokarzinom, Metastase  8480/9 = Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8490/3 = Siegelringzellkarzinom</p>

<p>8490/6 = Metastase eines Siegelringzellkarzinomes  8490/9 = Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8500/2 = Duktales Carcinoma in situ o.n.A.  8500/3 = Invasives duktales Karzinom o.n.A.  8500/6 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase  8500/9 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8502/3 = Sekretorisches Mammakarzinom  8502/6 = Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase  8502/9 = Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8503/2 = Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom  8503/3 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion  8503/6 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase  8503/9 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase  8504/2 = Nichtinvasives intrazystisches Karzinom  8504/3 = Intrazystisches Karzinom o. n. A., intrazystisches papilläres Adenokarzinom  8507/2 = Intraduktales mikropapilläres Karzinom  8510/3 = Medulläres Karzinom o.n.A.  8510/6 = Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase  8510/9 = Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8520/2 = Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.  8520/3 = Lobuläres Karzinom o.n.A.  8520/6 = Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase  8520/9 = Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8522/3 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom  8522/6 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase  8522/9 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8523/3 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen  8523/6 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase  8523/9 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8524/3 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen  8524/6 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase  8524/9 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8530/3 = Inflammatorisches Karzinom  8530/6 = Inflammatorisches Karzinom, Metastase  8530/9 = Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8540/3 = M. Paget der Brust  8541/3 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom  8541/6 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase  8541/9 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase  8543/3 = M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom  8550/3 = Azinuszellkarzinom  8550/6 = Azinuszellkarzinom, Metastase  8550/9 = Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8560/3 = Adenosquamöses Karzinom  8560/6 = Adenosquamöses Karzinom, Metastase  8560/9 = Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8571/3 = <u>Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie</u>  8572/3 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie  8572/6 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase  8572/9 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8574/3 = Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung  8575/3 = Metaplastisches Karzinom o.n.A.  8575/6 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase  8575/9 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8800/3 = Sarkom o.n.A.  8800/6 = Sarkom o.n.A., Metastase</p>
---

	<p>8800/9 = Sarkomatose o.n.A.  8802/3 = Riesenzellsarkom  8830/3 = Malignes fibröses Histiozytom  8850/3 = Liposarkom o.n.A.  8850/6 = Liposarkom o.n.A., Metastase  8850/9 = Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8890/3 = Leiomyosarkom o.n.A.  8890/6 = Leiomyosarkom o.n.A., Metastase  8890/9 = Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8900/3 = Rhabdomyosarkom o.n.A.  8900/6 = Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase  8900/9 = Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  8982/3 = Malignes Myoepitheliom  8982/6 = Malignes Myoepitheliom, Metastase  8982/9 = Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  9020/1 = Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität  9020/3 = Maligner Phylloides-Tumor  9020/6 = Maligner Phylloides-Tumor, Metastase  9020/9 = Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  9120/3 = Hämangiosarkom  9120/6 = Hämangiosarkom, Metastase  9120/9 = Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  9180/3 = Osteosarkom o.n.A.  9180/6 = Osteosarkom o.n.A., Metastase  9180/9 = Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase  9590/3 = Malignes Lymphom o.n.A.  9680/3 = Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.  9687/3 = Burkitt-Lymphom o.n.A.  9690/3 = Follikuläres Lymphom o.n.A.  9699/3 = Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.</p>
Schlüssel 32 "Path. T-Stadium Mamma"	<p>pT0 = pT0  pT1 = pT1  pT1a = pT1a  pT1b = pT1b  pT1c = pT1c  pT1mic = pT1mic  pT2 = pT2  pT3 = pT3  pT4a = pT4a  pT4b = pT4b  pT4c = pT4c  pT4d = pT4d  pTX = pTX  pTis = pTis  ypT0 = ypT0  ypT1 = ypT1  ypT1a = ypT1a  ypT1b = ypT1b  ypT1c = ypT1c  ypT1mic = ypT1mic  ypT2 = ypT2  ypT3 = ypT3  ypT4a = ypT4a  ypT4b = ypT4b  ypT4c = ypT4c  ypT4d = ypT4d  ypTX = ypTX  ypTis = ypTis</p>
Schlüssel 43 "Path. N-Stadium Mamma"	<p><u>cN0</u> = <u>cN0</u>  pN0 = pN0  pN0(sn) = pN0(sn)  pN1(sn) = pN1(sn)  pN1a = pN1a  pN1a(sn) = pN1a(sn)  pN1b = pN1b  pN1c = pN1c  pN1mi = pN1mi  pN1mi(sn) = pN1mi(sn)  pN2a = pN2a</p>

	<p>pN2a(sn) = pN2a(sn)                  pN2b = pN2b                  pN3a = pN3a                  pN3b = pN3b                  pN3c = pN3c                  pNX = pNX                  ypN0 = ypN0                  ypN0(sn) = ypN0(sn)                  ypN1(sn) = ypN1(sn)                  ypN1a = ypN1a                  ypN1a(sn) = ypN1a(sn)                  ypN1b = ypN1b                  ypN1c = ypN1c                  ypN1mi = ypN1mi                  ypN1mi(sn) = ypN1mi(sn)                  ypN2a = ypN2a                  ypN2a(sn) = ypN2a(sn)                  ypN2b = ypN2b                  ypN3a = ypN3a                  ypN3b = ypN3b                  ypN3c = ypN3c                  ypNX = ypNX</p>
<p>Schlüssel 54                  "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet                  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet                  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet                  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers                  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus                  07 = Tod                  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)                  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung                  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

# Anwenderinformation Risikostatistik

## zum Datensatz Dekubitusprophylaxe (DEK)

### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2019 2020 oder im Jahr 20202021-und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 20202021 und das Alter des Patienten ist >= 20 Jahre

### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.'20192020' UND AUFNDATUM <= '31.12.'20202021' UND ENTLDATUM >= '01.01.'20202021' UND ENTLDATUM <= '31.12.'20202021' UND ALTER >= 20

### Datensatzbeschreibung Risikostatistik

Bezeichnung	Beschreibung
Institutionskennzeichen entlassender Standort <u>6-</u> <u>stellig</u>	
laufende Nummer	Dieses Datenfeld beinhaltet eine durch die QS-Software vergebene laufende Nummer. Sie bildet keinerlei fallidentifizierende Inhalte ab und ermöglicht der Bundesauswertungsstelle keinen Rückschluss auf den Patienten bzw. den Fall des Krankenhauses oder der fallbezogenen QS-Dokumentation.
aufnehmende Fachabteilung <u>Monat des</u> <u>Aufnahmetages</u>	<u>MM.JJJJ</u>
Dekubitus Grad 2	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2;L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2;L89.3)
Dekubitus Grad 3	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3)
Dekubitus Grad 4	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.3)
Dekubitus nicht näher bezeichnet	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.9)
Alter Diabetes mellitus	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E10;E11;E13) 0 := DIAG KEINSIN (E10;E11;E13)
Dauer der Beatmung eingeschränkte Mobilität	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3) 0 := DIAG KEINSIN (G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3)
Infektion	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65) 0 := DIAG KEINSIN (A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65)
Demenz und Vigilanzstörung	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (F00;F01;F02;F03;G30) 0 := DIAG KEINSIN (F00;F01;F02;F03;G30)
Inkontinenz	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (N39;R15;R32) 0 := DIAG KEINSIN (N39;R15;R32)

Untergewicht und Mangelernährung	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E41;E43;E44;E46;R64) 0 := DIAG KEINSIN (E41;E43;E44;E46;R64)
Adipositas	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92) 0 := DIAG KEINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92)
weitere schwere Erkrankungen	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (B37.1;B37.7;D50;D51;D52;D53;D61;D62;D63;D64;D72.8;G63.2;K70;K72;K74;N17;N18.4;N18.5;N99.0;R18;R34;R60;R77.0;U69.01;U69.02;U69.03;Z99.2) 0 := DIAG KEINSIN (B37.1;B37.7;D50;D51;D52;D53;D61;D62;D63;D64;D72.8;G63.2;K70;K72;K74;N17;N18.4;N18.5;N99.0;R18;R34;R60;R77.0;U69.01;U69.02;U69.03;Z99.2)

## Ein- und Ausschlusslisten

ICD-Listen	
Bezeichnung	Name
Einschlussdiagnosen Dekubitus Grad 2	DEK2_ICD
Einschlussdiagnosen Dekubitus Grad 3	DEK3_ICD
Einschlussdiagnosen Dekubitus Grad 4	DEK4_ICD
Ausschlussdiagnosen höchstgradiger Dekubitus Grad 2	DEK2_ICD_EX
Ausschlussdiagnosen höchstgradiger Dekubitus Grad 3	DEK3_ICD_EX
Einschlussdiagnosen Dekubitus nicht näher bezeichnet	DEKnnb_ICD
Einschlussdiagnosen Diabetes mellitus	DIABETES_ICD
Einschlussdiagnosen eingeschränkte Mobilität	MOBIL_ICD
Einschlussdiagnosen Infektionen	INFEKTION_ICD
Einschlussdiagnosen Demenz- und Vigilanzstörung	DEMENZ_ICD
Einschlussdiagnosen Untergewicht und Mangelernährung	UNTERGEWICHT_ICD
Einschlussdiagnosen Inkontinenz	INKONTINENZ_ICD
Einschlussdiagnosen Adipositas	ADIPOSITAS_ICD
Einschlussdiagnosen weitere schwere Erkrankungen	SONSTERKRANKUNG_ICD

### Diagnose(n) der Tabelle DEK2\_ICD

ICD-Kode	Titel
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

### Diagnose(n) der Tabelle DEK3\_ICD

ICD-Kode	Titel
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

**Diagnose(n) der Tabelle DEK4\_ICD**

ICD-Kode	Titel
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

**Diagnose(n) der Tabelle DEK2\_ICD\_EX**

ICD-Kode	Titel
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

**Diagnose(n) der Tabelle DEK3\_ICD\_EX**

ICD-Kode	Titel
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

**Diagnose(n) der Tabelle DEKnb\_ICD**

ICD-Kode	Titel
L89.90	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kopf
L89.91	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Obere Extremität
L89.92	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dornfortsätze
L89.93	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Beckenkamm
L89.94	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kreuzbein
L89.95	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sitzbein

L89.96	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Trochanter
L89.97	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Ferse
L89.98	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.99	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

### Diagnose(n) der Tabelle DIABETES\_ICD

ICD-Kode	Titel
E10.01	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E10.11	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E10.20	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.21	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.30	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.31	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.40	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.41	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.50	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.51	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.60	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.61	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E10.80	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.81	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E10.90	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E10.91	Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.01	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E11.11	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E11.20	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.21	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.30	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.31	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.40	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.41	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.50	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.51	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.60	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E11.80	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.81	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E11.90	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.01	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
E13.11	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
E13.20	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.21	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.30	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.31	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet

E13.40	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.41	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.50	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.51	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.60	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.61	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E13.80	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.81	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
E13.90	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
E13.91	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

#### Diagnose(n) der Tabelle MOBIL\_ICD

ICD-Kode	Titel
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

- G82.41 Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
- G82.42 Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
- G82.43 Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
- G82.49 Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
- G82.50 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
- G82.51 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
- G82.52 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
- G82.53 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
- G82.59 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
- G82.60 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
- G82.61 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
- G82.62 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
- G82.63 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T1-T6
- G82.64 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T7-T10
- G82.65 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T11-L1
- G82.66 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1
- G82.67 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5
- G82.69 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
- G83.0 Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
- G83.1 Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
- G83.2 Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
- G83.3 Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
- G83.40 Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
- G83.41 Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
- G83.49 Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet
- G83.5 Locked-in-Syndrom
- G83.6 Zentrale faziale Parese
- G83.8 Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
- G83.9 Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet
- M24.50 Gelenkkontraktur: Mehrere Lokalisationen
- M24.51 Gelenkkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M24.52 Gelenkkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M24.53 Gelenkkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M24.54 Gelenkkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M24.55 Gelenkkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M24.56 Gelenkkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M24.57 Gelenkkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M24.58 Gelenkkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M24.59 Gelenkkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.00 Muskeldiastase: Mehrere Lokalisationen
- M62.01 Muskeldiastase: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.02 Muskeldiastase: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.03 Muskeldiastase: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.04 Muskeldiastase: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.05 Muskeldiastase: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.06 Muskeldiastase: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.07 Muskeldiastase: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.08 Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.09 Muskeldiastase: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.10 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen
- M62.11 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.12 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.13 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.14 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

- M62.15 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.16 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.17 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.18 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.19 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.20 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen
- M62.21 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.22 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.23 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.24 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.25 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.26 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.27 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.28 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.29 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.30 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen
- M62.31 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.32 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.33 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.34 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.35 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.36 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.37 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.38 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.39 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.40 Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen
- M62.41 Muskelkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.42 Muskelkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.43 Muskelkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.44 Muskelkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.45 Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.46 Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.47 Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.48 Muskelkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.49 Muskelkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.50 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen
- M62.51 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.52 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.53 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.54 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.55 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.56 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.57 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.58 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.59 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.60 Muskelzerrung: Mehrere Lokalisationen
- M62.61 Muskelzerrung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

- M62.62 Muskelzerrung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.63 Muskelzerrung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.64 Muskelzerrung: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.65 Muskelzerrung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.66 Muskelzerrung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.67 Muskelzerrung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.68 Muskelzerrung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.69 Muskelzerrung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.80 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M62.81 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.82 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.83 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.84 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.85 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.86 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.87 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.88 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.89 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.90 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M62.91 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.92 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.93 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.94 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.95 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.96 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.97 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.98 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.99 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- R26.3 Immobilität
- R40.0 Somnolenz
- R40.1 Sopor
- R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet
- R46.0 Stark vernachlässigte Körperpflege
- R46.1 Besonders auffälliges äußeres Erscheinungsbild
- R46.2 Seltsames und unerklärliches Verhalten
- R46.3 Hyperaktivität
- R46.4 Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen
- R46.5 Misstrauen oder ausweichendes Verhalten
- R46.6 Unangemessene Betroffenheit und Beschäftigung mit Stressereignissen
- R46.7 Wortschwall oder umständliche Detailschilderung, die die Gründe für eine Konsultation oder Inanspruchnahme verschleiern
- R46.8 Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen
- S14.0 Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
- S14.10 Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
- S14.11 Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
- S14.12 Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
- S14.13 Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
- S14.2 Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule
- S14.3 Verletzung des Plexus brachialis
- S14.4 Verletzung peripherer Nerven des Halses
- S14.5 Verletzung zervikaler sympathischer Nerven
- S14.6 Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses
- S14.70 Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
- S14.71 Verletzung des Rückenmarkes: C1

S14.72	Verletzung des Rückenmarkes: C2
S14.73	Verletzung des Rückenmarkes: C3
S14.74	Verletzung des Rückenmarkes: C4
S14.75	Verletzung des Rückenmarkes: C5
S14.76	Verletzung des Rückenmarkes: C6
S14.77	Verletzung des Rückenmarkes: C7
S14.78	Verletzung des Rückenmarkes: C8
S24.0	Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes
S24.10	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
S24.11	Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule
S24.3	Verletzung peripherer Nerven des Thorax
S24.4	Verletzung thorakaler sympathischer Nerven
S24.5	Verletzung sonstiger Nerven des Thorax
S24.6	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax
S24.70	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S24.71	Verletzung des Rückenmarkes: T1
S24.72	Verletzung des Rückenmarkes: T2/T3
S24.73	Verletzung des Rückenmarkes: T4/T5
S24.74	Verletzung des Rückenmarkes: T6/T7
S24.75	Verletzung des Rückenmarkes: T8/T9
S24.76	Verletzung des Rückenmarkes: T10/T11
S24.77	Verletzung des Rückenmarkes: T12
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl

### Diagnose(n) der Tabelle INFEKTION\_ICD

ICD-Kode	Titel
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Sepsis: Pseudomonas
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
J17.2	Pneumonie bei Mykosen
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten

- J17.8 Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
- J18.0 Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
- J18.1 Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
- J18.2 Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
- J18.8 Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
- J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet
- J69.0 Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
- J69.1 Pneumonie durch Öle und Extrakte
- J69.8 Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen
- M72.60 Nekrotisierende Fasziiitis: Mehrere Lokalisationen
- M72.61 Nekrotisierende Fasziiitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M72.62 Nekrotisierende Fasziiitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M72.63 Nekrotisierende Fasziiitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M72.64 Nekrotisierende Fasziiitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M72.65 Nekrotisierende Fasziiitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M72.66 Nekrotisierende Fasziiitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M72.67 Nekrotisierende Fasziiitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M72.68 Nekrotisierende Fasziiitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M72.69 Nekrotisierende Fasziiitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.00 Akute hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.01 Akute hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.02 Akute hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.03 Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.04 Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.05 Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.06 Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.07 Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.08 Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.09 Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.10 Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.11 Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.12 Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.13 Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.14 Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.15 Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.17 Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.18 Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.19 Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.20 Subakute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.21 Subakute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.22 Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.23 Subakute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.24 Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.25 Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.26 Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.27 Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.28 Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.29 Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.30 Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen

- M86.31 Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.32 Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.33 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.34 Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.35 Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.36 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.37 Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.38 Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.39 Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.40 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen
- M86.41 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.42 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.43 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.44 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.45 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.46 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.47 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.48 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.49 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.50 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.51 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.52 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.53 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.54 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.55 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.56 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.57 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.58 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.59 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.60 Sonstige chronische Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.61 Sonstige chronische Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.62 Sonstige chronische Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.63 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.64 Sonstige chronische Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.65 Sonstige chronische Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.66 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.67 Sonstige chronische Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.68 Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.69 Sonstige chronische Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.80 Sonstige Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.81 Sonstige Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.82 Sonstige Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.83 Sonstige Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.84 Sonstige Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.85 Sonstige Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.86 Sonstige Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

- M86.87 Sonstige Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.88 Sonstige Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.89 Sonstige Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.90 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M86.91 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.92 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.93 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.94 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.95 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.96 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.97 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.98 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.99 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- R57.2 Septischer Schock
- R65.0 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
- R65.1 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen
- R65.2 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen
- R65.3 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen
- R65.9 Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet

#### Diagnose(n) der Tabelle DEMENZ\_ICD

ICD-Kode	Titel
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet

#### Diagnose(n) der Tabelle UNTERGEWICHT\_ICD

ICD-Kode	Titel
E41	Alimentärer Marasmus
E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.0	Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung
E44.1	Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung
E46	Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
R64	Kachexie

**Diagnose(n) der Tabelle INKONTINENZ\_ICD**

ICD-Kode	Titel
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
N39.1	Persistierende Proteinurie, nicht näher bezeichnet
N39.2	Orthostatische Proteinurie, nicht näher bezeichnet
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]
N39.40	Reflexinkontinenz
N39.41	Überlaufinkontinenz
N39.42	Dranginkontinenz
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz
N39.47	Rezidivinkontinenz
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
N39.81	Flankenschmerz-Hämaturie-Syndrom
N39.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Harnsystems
N39.9	Krankheit des Harnsystems, nicht näher bezeichnet
R15	Stuhlinkontinenz
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

**Diagnose(n) der Tabelle ADIPOSITAS\_ICD**

ICD-Kode	Titel
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
E66.82	Sonstige Adipositas: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter

**Diagnose(n) der Tabelle SONSTERKRANKUNG\_ICD**

ICD-Kode	Titel
B37.1	Kandidose der Lunge
B37.7	Candida-Sepsis
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
D50.1	Sideropenische Dysphagie
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet
D51.0	Vitamin-B12-Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic-Faktor
D51.1	Vitamin-B12-Mangelanämie durch selektive Vitamin-B12-Malabsorption mit Proteinurie
D51.2	Transcobalamin-II-Mangel (-Anämie)
D51.3	Sonstige alimentäre Vitamin-B12-Mangelanämie
D51.8	Sonstige Vitamin-B12-Mangelanämien
D51.9	Vitamin-B12-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D53.0	Eiweißmangelanämie
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert
D53.2	Skorbutanämie
D53.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien
D53.9	Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien

D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D62	Akute Blutungsanämie
D63.0	Anämie bei Neubildungen
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.0	Hereditäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)
D64.2	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie durch Arzneimittel oder Toxine
D64.3	Sonstige sideroachrestische [sideroblastische] Anämien
D64.4	Kongenitale dyserythropoetische Anämie
D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien
D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten
G63.2	Diabetische Polyneuropathie
K70.0	Alkoholische Fettleber
K70.1	Alkoholische Hepatitis
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
K70.9	Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen
K72.1	Chronisches Leberversagen
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
K74.0	Leberfibrose
K74.1	Lebersklerose
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
N17.01	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1
N17.02	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2
N17.03	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3
N17.09	Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
N17.11	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1
N17.12	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2
N17.13	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3
N17.19	Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
N17.21	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1
N17.22	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2
N17.23	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3
N17.29	Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
N17.81	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1
N17.82	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2
N17.83	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3
N17.89	Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet
N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1
N17.92	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
N99.0	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen
R18	Aszites
R34	Anurie und Oligurie
R60.0	Umschriebenes Ödem
R60.1	Generalisiertes Ödem
R60.9	Ödem, nicht näher bezeichnet

- R77.0 Veränderungen der Albumine
- U69.01 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
- U69.02 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- U69.03 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Dekubitusprophylaxe (DEK)

#### Textdefinition

Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) bei Patienten ab 20 Jahren

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

DIAG EINSIN DEK\_ICD UND ALTER >= 20

##### Algorithmus in Textform

Eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle DEK\_ICD  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 20

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle DEK\_ICD

ICD-Kode	Titel
L89.10	Dekubitus 2. Grades: Kopf
L89.11	Dekubitus 2. Grades: Obere Extremität
L89.12	Dekubitus 2. Grades: Dornfortsätze
L89.13	Dekubitus 2. Grades: Beckenkamm
L89.14	Dekubitus 2. Grades: Kreuzbein
L89.15	Dekubitus 2. Grades: Sitzbein
L89.16	Dekubitus 2. Grades: Trochanter
L89.17	Dekubitus 2. Grades: Ferse
L89.18	Dekubitus 2. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.19	Dekubitus 2. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.20	Dekubitus 3. Grades: Kopf
L89.21	Dekubitus 3. Grades: Obere Extremität
L89.22	Dekubitus 3. Grades: Dornfortsätze
L89.23	Dekubitus 3. Grades: Beckenkamm
L89.24	Dekubitus 3. Grades: Kreuzbein
L89.25	Dekubitus 3. Grades: Sitzbein
L89.26	Dekubitus 3. Grades: Trochanter
L89.27	Dekubitus 3. Grades: Ferse
L89.28	Dekubitus 3. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.29	Dekubitus 3. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.30	Dekubitus 4. Grades: Kopf
L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität

- L89.32 Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
- L89.33 Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
- L89.34 Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
- L89.35 Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
- L89.36 Dekubitus 4. Grades: Trochanter
- L89.37 Dekubitus 4. Grades: Ferse
- L89.38 Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
- L89.39 Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
- L89.90 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kopf
- L89.91 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Obere Extremität
- L89.92 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dornfortsätze
- L89.93 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Beckenkamm
- L89.94 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kreuzbein
- L89.95 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sitzbein
- L89.96 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Trochanter
- L89.97 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Ferse
- L89.98 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
- L89.99 Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Dekubitusprophylaxe (DEK)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <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. 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>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses übernommen werden.</p> <p>Hier wird die aufnehmende Abteilung aus</p>

			den Routinedaten generiert.
5	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/>  1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der 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. <u>20202021</u> bis zum 10.01. <u>20202021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <u>20202021</u> bis zum 20.01. <u>20202021</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <u>20202021</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <u>20202021</u>
9	Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
10	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären

			<p>Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der 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>Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del>2021 bis zum 10.01.<del>2020</del>2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del>2021 bis zum 20.01.<del>2020</del>2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del>2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del>2021.</p>
11	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  siehe Schlüssel <del>2-1</del> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
<b>Dekubitus (DEK)</b>			
<b>Dekubitus</b>			
12	Wievielter Dekubitus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ... 99  Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Diese Information soll automatisch eingetragen werden. Hier sind alle Dekubitusulcera <del>für einen Patienten</del> ab einem Grad/Kategorie 2 zu kodieren.  Es handelt sich bei dieser Angabe um eine laufende Nummer <del>des</del> ab Dekubitus Grad/Kategorie 2. Sie soll nicht den chronologischen Ablauf der Dekubitusulcera abbilden, sondern ist für das Anlegen von Teildatensätzen notwendig.
13	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.  Es ist für alle im Abrechnungsdatensatz mit L89.1-, L89.2-, L89.3- oder L89.9 kodierten Dekubitus der Schweregrad/ die Kategorie anzugeben. Dieser entspricht den Angaben im Abrechnungsdatensatz. Dekubitusulcera mit einem Grad/ einer Kategorie 1 (L89.0-) sind nicht zu dokumentieren.  L89.1- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/ oder Dermis oder Hautverlust o.n.A.  L89.2- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis

			<p>auf die darunterliegende Faszie reichen kann.</p> <p>L89.3- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln).</p> <p>L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades.</p> <p>Daneben ist die Lokalisation anzugeben: Die Lokalisation entspricht der fünften Stelle des L89.- ICD-Kodes. Wird der Punkt in L89.- mit gezählt, handelt es sich um die sechste Stelle.</p> <p>0 = Kopf 1 = Obere Extremität 2 = Dornfortsätze 3 = Beckenkamm [Spina iliaca] 4 = Kreuzbein [Steißbein] 5 = Sitzbein 6 = Trochanter 7 = Ferse 8 = Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität 9 = Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen</p> <p>Die Seitenlokalisierung ist dem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung für den L89.- zu entnehmen und ist im nachfolgenden Datenfeld "Seitenlokalisierung" zu kodieren.</p>
14	Seitenlokalisierung	<input type="checkbox"/> <p>B = beidseitig K = keine Seitenlokalisierung angegeben L = links R = rechts</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>An dieser Stelle ist die Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus zu kodieren.</p> <p>Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung nach Format § 301-Vereinbarung.</p> <p>Hinweis: K wird generiert, wenn keine Seitenangabe für den unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" dokumentierten Dekubitus in den Abrechnungsdaten nach § 301-Vereinbarung zu finden ist.</p>
15	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	<input type="checkbox"/> <p>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</p> <p>0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme</p>	<p>Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Aufnahme ein Dekubitus (an dieser Stelle, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag.</p> <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei</li> </ul>

		<p>ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p>	<p>Aufnahme ein Dekubitus auf beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf einer Seite kein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird ein Patient mit einem Dekubitus aufgenommen, der während des stationären Aufenthaltes plastisch gedeckt werden soll, so ist in diesem Datenfeld "ja" zu dokumentieren.</li> <li>• Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum.</li> </ul> <p>Beispiel:</p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>20202021</u> bis zum 10.1.<u>20202021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>20202021</u> bis zum 20.1.<u>20202021</u> Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01.<u>20202021</u> vorlag.</p>
16	<p>War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")</p>	<p><input type="checkbox"/> bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</p> <p>0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p>	<p>Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Entlassung ein Dekubitus (an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag.</p> <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Entlassung ein Dekubitus aus einer der beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf keiner der Seiten ein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.</li> <li>• Wurde während des stationären Aufenthaltes eine plastische Deckung des Dekubitus vorgenommen, sodass der Dekubitus bei Entlassung nicht mehr vorhanden ist, so ist in diesem Datenfeld "Nein" zu dokumentieren.</li> <li>• Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum.</li> </ul> <p>Beispiel:</p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>20202021</u> bis zum 10.01.<u>20202021</u></p>

			<p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>                  Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01.<del>2020</del><u>2021</u> vorlag.</p>
<b>Basis (B)</b>			
<b>Risikofaktoren</b>			
17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-  0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E10.- "Diabetes mellitus, Typ 1"                      E11.- "Diabetes mellitus, Typ 2"</p>
18	sonstiger Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: E13.-  0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Kode nach ICD-10-GM vorliegt: :</p> <p>E13.- "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus"</p>
19	eingeschränkte Mobilität	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3  0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>G20.- "Primäres Parkinson-Syndrom"                      G81.- "Hemiparese und Hemiplegie"                      G82.- "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie"                      G83.- "Sonstige Lähmungssyndrome"                      M24.5 "Gelenkkontraktur"                      M62.- "Sonstige Muskelkrankheiten"                      R26.3 "Immobilität"                      R40.- "Somnolenz, Sopor und Koma"                      R46.- "Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen"                      S14.- "Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe"</p>

			<p>S24.- "Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe"</p> <p>Z74.0 "Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität"</p> <p>Z99.3 "Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl"</p>
20	Infektion	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>A40.- "Streptokokkensepsis"</p> <p>A41.- "Sonstige Sepsis"</p> <p>J15.- "Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert"</p> <p>J16.- "Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert"</p> <p>J17.-* "Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten"</p> <p>J18.- "Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet"</p> <p>J69.- "Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen"</p> <p>M72.6- "Nekrotisierende Fasziitis"</p> <p>M86.- "Osteomyelitis"</p> <p>R57.2 "Septischer Schock"</p> <p>R65.-! "Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]"</p>
21	Demenz und Vigilanzstörung	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>F00.-* "Demenz bei Alzheimer-Krankheit"</p> <p>F01.- "Vaskuläre Demenz"</p> <p>F02.-* "Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten"</p> <p>F03.- "Nicht näher bezeichnete Demenz"</p> <p>G30.- † "Alzheimer-Krankheit"</p>
22	Inkontinenz	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären</p>

		<p>gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15, R32</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>N39.- "Sonstige Krankheiten des Harnsystems"</p> <p>R15 "Stuhlinkontinenz"</p> <p>R32 "Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz"</p>
23	Untergewicht oder Mangelernährung	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E41.- "Alimentärer Marasmus"</p> <p>E43.- "Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung"</p> <p>E44.- "Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades"</p> <p>E46.- "Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung"</p> <p>R64 "Kachexie"</p>
24	Adipositas	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: E66.02, E66.12, E66.22, E66.82, E66.92</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>"Adipositas" mit "Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr"</p>
25	weitere schwere Erkrankungen	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63.2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18, R34, R60.-, R77.0, U69.0-, Z99.2</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>B37.1 "Kandidose der Lunge"</p> <p>B37.7 "Candida-Sepsis"</p> <p>D50.- "Eisenmangelanämie"</p> <p>D51.- "Vitamin-B12-Mangelanämie"</p> <p>D52.- "Folsäure-Mangelanämie"</p> <p>D53.- "Sonstige alimentäre Anämien"</p>

			<p>D61.- "Sonstige aplastische Anämien"</p> <p>D62.- "Akute Blutungsanämie"</p> <p>D63.-* "Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten"</p> <p>D64.- "Sonstige Anämien"</p> <p>D72.8 "Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten"</p> <p>G63.2* "Diabetische Polyneuropathie"</p> <p>K70.- "Alkoholische Leberkrankheit"</p> <p>K72.- "Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert"</p> <p>K74.- "Fibrose und Zirrhose der Leber"</p> <p>N17.- "Akutes Nierenversagen"</p> <p>N18.4 "Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4"</p> <p>N18.5 "Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5"</p> <p>N99.0 "Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen"</p> <p>R18 "Aszites"</p> <p>R34 "Anurie und Oligurie"</p> <p>R60.- "Ödem, anderenorts nicht klassifiziert"</p> <p>R77.0 "Veränderungen der Albumine"</p> <p>U69.0-! "Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie"</p> <p>Z99.2 "Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz"</p>
26	Dauer der Beatmung	<p>□□□□</p> <p>Angabe in: Stunden Gültige Angabe: &gt;= 0 Stunden</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Hier wird die Anzahl der Beatmungsstunden aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses abgeleitet.</p>

## Lange Schlüssel

<p>Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</p>	<p>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</p>
--	--

<p> 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 </p>
---

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

	<p>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 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

#### Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Hüftendoprothese oder Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN TEP\_OPS ODER PROZ EINSIN TEPWEC\_OPS) UND DIAG KEINSIN HEP\_ICD\_EX UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TEP\_OPS  
oder  
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TEPWEC\_OPS)  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle HEP\_ICD\_EX  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATEM = LEER ODER ENTLDATEM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle HEP\_ICD\_EX

ICD-Kode	Titel
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.02	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

- M08.06 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  
M08.07 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]  
M08.08 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]  
M08.09 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  
M08.10 Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen  
M08.11 Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]  
M08.12 Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  
M08.13 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  
M08.14 Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]  
M08.15 Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  
M08.16 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  
M08.17 Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]  
M08.18 Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]  
M08.19 Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  
M08.20 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen  
M08.21 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]  
M08.22 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  
M08.23 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  
M08.24 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]  
M08.25 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  
M08.26 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  
M08.27 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]  
M08.28 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]  
M08.29 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  
M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form  
M08.40 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen  
M08.41 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]  
M08.42 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  
M08.43 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  
M08.44 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]  
M08.45 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  
M08.46 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  
M08.47 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]  
M08.48 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]  
M08.49 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  
M08.70 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen  
M08.71 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]  
M08.72 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]  
M08.73 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]  
M08.74 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]  
M08.75 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]  
M08.76 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]  
M08.77 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]  
M08.78 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]  
M08.79 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation  
M08.80 Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen

- M08.81 Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.82 Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.83 Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.84 Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.85 Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.86 Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.87 Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.88 Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.89 Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.90 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M08.91 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.92 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.93 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.94 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.95 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.96 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.97 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.98 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.99 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.00 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
- M09.01 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.02 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.03 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.04 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.05 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.06 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.07 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.08 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.09 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.10 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
- M09.11 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.12 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.13 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.14 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.15 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.16 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.17 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.18 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.19 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.20 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
- M09.21 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.22 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.23 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.24 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.25 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.26 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

- M09.27 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.28 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.29 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.80 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
- M09.81 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.82 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.83 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.84 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.85 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.86 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.87 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.88 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.89 Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M90.75 Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- Q68.3 Angeborene Verbiegung des Femurs
- Q68.5 Angeborene Verbiegung der langen Beinknochen, nicht näher bezeichnet
- Q74.2 Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels
- Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita
- S32.4 Fraktur des Acetabulum

### Prozedur(en) der Tabelle TEP OPS

#### OPS-Kode Titel

- 5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
- 5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
- 5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
- 5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
- 5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
- 5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
- 5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
- 5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
- 5-820.80 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
- 5-820.81 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
- 5-820.82 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.92 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
- 5-820.93 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
- 5-820.94 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
- 5-820.95 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
- 5-820.96 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-820.x0 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert
- 5-820.x1 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert
- 5-820.x2 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)

### Prozedur(en) der Tabelle TEPWEC OPS

OPS-Kode Titel

- 5-821.10 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert
- 5-821.11 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.12 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.13 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.14 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.15 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.16 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese
- 5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige
- 5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
- 5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige
- 5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): Sonstige

- 5-821.60 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.61 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.62 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.63 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.6x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige
- 5-821.f0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert
- 5-821.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.f3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.f4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige
- 5-821.g0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
- 5-821.g1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert
- 5-821.g2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.g3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.g4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.g5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.gx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige
- 5-821.j0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.j1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
- 5-821.j2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.jx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschafft-Femurkopfprothese]: Sonstige
- ~~5-821.x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige~~

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <b>Achtung:</b> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□ §-301-Vereinbarung bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung 00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient)

			<p>handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/>  1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>  <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. 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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung</p>

			des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur</p>	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p>
8	Betriebsstätten-Nummer	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Gültige Angabe: &gt;= 1</p>	<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>
9	Fachabteilung	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>siehe Schlüssel 4 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-

<b>Patient</b>			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	<input type="text"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="text"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                      1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>                      2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>                      Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
12	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	<input type="text"/>	-
13	Aufnahmegrund	<input type="text"/>  01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	-
14	Geburtsdatum	<input type="text"/>	-
15	Geschlecht	<input type="text"/>  1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
<b>Präoperative Anamnese</b>			
16	Gehstrecke ( <u>bevor</u> Aufnahme <u>oder</u> <u>zw.</u> vor der Fraktur)	<input type="text"/>  1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die

		<p>möglich (<u>Nahbereich</u>)          3 = <u>Gehen am Stück bis 50m möglich - auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)</u>          4 = im Zimmer mobil          5 = immobil</p>	<p>der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u></p>
17	<p><u>Verwendete</u> Gehhilfen (<u>bevor</u> Aufnahme <u>oder</u> <u>bzw.</u> vor der Fraktur)</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine          1 = Unterarmgehstützen/Gehstock          2 = Rollator/Gehbock          3 = Rollstuhl          4 = bettlägerig</p>	<p>Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.</p>
<u>neu</u>	<p><u>Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)</u></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>1 = selbständiges Treppensteigen möglich</u>  <u>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u>  <u>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</u></p>	<p><u>Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u></p> <p><u>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u>  <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</u>  <u>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</u></p>
18	<p>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein, liegt nicht vor          1 = ja, Pflegegrad 1          2 = ja, Pflegegrad 2          3 = ja, Pflegegrad 3          4 = ja, Pflegegrad 4          5 = ja, Pflegegrad 5          9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt</p>	<p>Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus. <u>Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei der Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.</u></p>
<u>neu</u>	<p><u>Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt</u></p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><u>(OPS 9-984.b)</u></p> <p><u>0 = nein</u>  <u>1 = ja</u></p>	<p><u>Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden.</u></p> <p><u>"Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Kode nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b „Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad“.</u></p>

Auslösende OPS-Kodes			
19	<u>teildatensatzsteuernde</u> <u>auslösende</u> OPS-Kodes	<input type="checkbox"/> -□□□.□□ <input type="checkbox"/> -□□□.□□ ... <input type="checkbox"/> -□□□.□□ <u>alle auslösenden Kodes und ggf.</u> <u>der Zusatzcode 5-829.n</u>  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	<b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorbelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze.
Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
20	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	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.
21	zu operierende Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung "beidseits" vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
<u>wenn Feld 28 KEINSIN (5-821.3-; 5-821.4-; 5-821.5-; 5-821.6-)</u>			
<u>verschoben</u> (31)	<u>vorbestehende</u> -Koxarthrose	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) festgestellt (z.B. ICD 10 M16.-) festgestellt wurde.
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> <u>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</u>  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 Allgemein erkrankung, z.B.: gut

			<p>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><del>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</del></p>
23	Wundkontaminationsklassifikation	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	<p><b>Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien</b></p> <p><b>1 = aseptische Eingriffe:</b>          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><b>2 = bedingt aseptische Eingriffe:</b>          Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul> <p><b>3 = kontaminierte Eingriffe:</b>          Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen</p>

			<p>Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p><b>4 = septische Eingriffe:</b>          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.</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
<b>Operation</b>			
24	Art des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <p>1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur                  2 = elektive <del>Hüft-Endoprothesen</del><u>Hüftendoprothesen</u>-Erstimplantation                  3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels                  4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels</p>	<p><b><u>"endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur":</u></b>                  Im Teildatensatz "hüftgelenknahe Femurfraktur" werden Fälle mit einer Schenkelhalsfraktur oder petrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</p> <p><b><u>"elektive <del>Hüft-Endoprothesen</del>Hüftendoprothesen-Erstimplantation":</u></b>                  Im Teildatensatz "elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation" werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out, Pseudarthrose, <u>posttraumatische Hüftkopfnekrosen</u> oder einer verzögerten Frakturheilung nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</p> <p><b><u>"Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels" bzw. "Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels":</u></b></p>

			Im Teildatensatz "Wechsel" werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteinriff bzw. der Explantation im Teildatensatz "Wechsel" zu dokumentieren.
25	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	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) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
26	Beginn des Eingriffs	□□:□□ <u>Hautschnitt</u>	Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert
27	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
28	Prozedur(en)	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□ 9.□-□□□.□□ 10.□-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	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 5-820.00 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Hüft-Endoprothese ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-820.00:R, 5-820.00:L oder 5-820.00:B. Die Dokumentation des Kodes 5-820.00 ohne

			Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. Im Jahr <u>2024-2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020-2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020-2021</u> aufgenommen worden ist.
<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)</b>			
<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur</b>			
<b>Anzahl der Eingriffe</b>			
29	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
<b>Präoperative Anamnese</b>			
30	Wurde eine Voroperation am <u>betroffenen</u> Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
32	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	<input type="checkbox"/> Inhouse-Sturz 0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert "ja" ist ausschließlich anzugeben, wenn die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausesinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.
<b>wenn Feld 32 = 1</b>			
33	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während des stationären Krankenhausaufenthaltes gestürzt ist.
34	Zeitpunkt der Fraktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
35	Frakturlokalisierung	<input type="checkbox"/> 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
<b>wenn Feld 35 = 1</b>			
36	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	<input type="checkbox"/> 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garden I (Abduktionsfraktur)</li> <li>• Garden II (unverschoben)</li> <li>• Garden III (verschoben)</li> <li>• Garden IV (komplett verschoben)</li> </ul>
37	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 37 = 1			
38.1	Vitamin-K-Antagonisten	<input type="checkbox"/> z.B. Phenprocoumon, Warfarin  1 = ja	-
38.2	Thrombozytenaggregationshemmer	<input type="checkbox"/> z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure  1 = ja	-
38.3	DOAK/NOAK	<input type="checkbox"/> z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban  1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
38.4	sonstige	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter "sonstige" zu dokumentieren.
Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)			
Elektive <del>Hüftendoprothesenerstimplantation</del> Hüftendoprothesen-Erstimplantation			
Anzahl der Eingriffe			
39	Wieviele elektive <del>Hüft-Endoprothesen</del> Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
40	Wurde eine Voroperation am <del>betroffenen</del> Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Osteosynthesen) an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
wenn Feld 40 = 1			
41	<del>Erstimplantation Endoprothese:</del> Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Wurde bereits vor der Endoprothesenimplantation eine Osteosynthese durchgeführt, die eine Pseudarthrose bzw. Cut out zur Folge hatte, bitte diese Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation bestätigen.
<u>neu</u>	<u>Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor</u>	<input type="checkbox"/>  <u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u>	<u>Gemeint sind hier die Knochennekrosen am Hüftgelenk nach vorangegangenem Trauma im Becken oder Oberschenkelbereich.</u>
42	Schmerzen	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
Präoperativer Bewegungsumfang			
43	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad)

## Anlage 1 zum Beschluss

			<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung</li> <li>2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl)</li> <li>3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung</li> </ul> <p>Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50° Beispiel für ein Streckdefizit: 0°/5°/140° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTRDokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>
<b>wenn Feld 43 = 1</b>			
44	Extension/Flexion 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 15 Grad	-
45	Extension/Flexion 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
46	Extension/Flexion 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
47	Ab-/Adduktion 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
48	Ab-/Adduktion 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
49	Ab-/Adduktion 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
50	Außen-/Innenrotation 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
51	Außen-/Innenrotation 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
52	Außen-/Innenrotation 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
<b>Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score</b>			
53	Osteophyten	<input type="checkbox"/> 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	-

54	Gelenkspalt	<input type="checkbox"/> 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	-
55	Sklerose	<input type="checkbox"/> 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	-
56	Deformierung	<input type="checkbox"/> 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	-
<b>Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen</b>			
57	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasiarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
<b>wenn Feld 57 = 1</b>			
58	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	<input type="checkbox"/> 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	Die Grade der erosiven Gelenkzerstörung 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)

<b>Atraumatische Femurkopfnekrose</b>			
59	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 59 = 1</b>			
60	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 0 = Stadium 0 1 = Stadium I 2 = Stadium II 3 = Stadium III 4 = Stadium IV	<b>Stadium und Klinik, Pathologie, Bildgebung:</b>  <b>Stadium 0:</b> - Normalbefund im Röntgenbild, MRT und Szintigraphie - Nekrosezeichen in der Histologie  <b>Stadium I</b> - normales Röntgenbild/CT - pathologischer MR- oder Szintigraphiebefund - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkopfumfang (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)  <b>Stadium II</b> - im Röntgenbild Strukturveränderungen des Knochens ohne Konturveränderungen des Femurkopfes - normaler Gelenkspalt - Hüftkopfnekrose-spezifische MR-Befunde - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkopfumfang (< 15 %, 15-30 %, > 30 %)  <b>Stadium III</b> - im Röntgenbild Knochenstrukturveränderungen mit subchondraler Fraktur in Form einer sichelförmigen Aufhellungszone ("crescent sign") - Kontur des Femurkopfes flacht sich ab - normaler Gelenkspalt - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral), Größe der beteiligten Femurkopfumfang (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) und Ausmaß der Kopfabflachung (< 2 mm, 2-4 mm, > 4 mm).  <b>Stadium IV</b> - Entwicklung einer Arthrosis deformans - Abflachung des Hüftkopfes - Gelenkspaltverschmälerung
<b>Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)</b>			
Wechsel bzw. Komponentenwechsel			
Anzahl der Eingriffe			

61	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
<b>Präoperative Anamnese</b>			
62	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
<b>Erreger-/Infektionsnachweis</b>			
63	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffs / der Explantation anzugeben.
64	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 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. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
<b>Röntgendiagnostik/Klinische Befunde</b>			
65	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffs/der Explantation anzugeben.
<b>wenn Feld 65 = 1</b>			
66.1	Implantatbruch	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dies umfasst auch Keramikkopferbung.
66.2	Implantatabrieb/-verschleiß	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
66.3	Implantatfehlage der Pfanne	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
66.4	Implantatfehlage des Schafts	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
66.5	Lockerung der Pfannenkomponente	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
66.6	Lockerung der Schaftkomponente	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
66.7	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
66.8	Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
66.9	Knochendefekt Pfanne	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
66.10	Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
66.11	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
66.12	periartikuläre Ossifikation	<input type="checkbox"/> <u>Grad 3 oder 4 nach Brooker</u> 1 = ja	Zu dokumentieren sind nur die periartikulären Ossifikationen nach Brooker Grad 3 und 4. Brooker-Klassifikation der heterotopen Knochenbildung: Grad 0 = keine Ossifikation, Grad 1 = eine oder zwei Knocheninseln in den Weichteilen von jeweils weniger als 1 cm Durchmesser, Grad 2 = ausgedehntere Knocheninseln oder Knochenspangen vom Becken oder proximalen Femur, die weniger als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnehmen, Grad 3 = Ossifikation, die mehr als die Hälfte des Abstands zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt, Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur  [Vgl. Fransen, M., Neal, B.: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for preventing heterotopic bone formation after hip arthroplasty. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3; Stand 2009]
<u>66.13</u>	<u>Andere spezifische röntgenologische/ klinische Befunde</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Prozedur (PROZ)</b>			
<b>Prozedur</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
67	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.</u>
<b>wenn Feld 67 = 1</b>			
68.1	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische

			Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. die Perforation.
68.2	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/> 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. cut out). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.
68.3	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
68.4	<del>OP- oder interventionsbedürftige/-s</del> Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<del>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.</del>
68.5	<del>OP- oder interventionsbedürftige</del> Gefäßläsion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<del>Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Im Bereich des Beckens in der Regel A. iliaca externa, im Bereich des Femurs A. femoralis bzw. A. profunda femoris. Die Gabe von Blutkonserven ist nicht ausreichend, die Kriterien hier zu erfüllen.</del>
68.6	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
68.7	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 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 <del>auch beispielsweise</del> Frakturen, die infolge eines Sturzes <u>oder die nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (entsprechend DIMDI ICD 10 M96.6)</u> entstanden sind.
68.8	<del>reoperationspflichtige</del> Wunddehizensenz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier das <del>reoperationspflichtige</del> <u>behandlungsbedürftige</u> Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
68.9	<del>reoperationspflichtige</del> sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier die <del>reoperationspflichtige</del> <u>behandlungsbedürftige</u> , in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
68.10	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige</u>

			<u>Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.</u>
69	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  0 = nein 1 = ja	<p><b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b></p> <p>Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p>
<b>wenn Feld 69 = 1</b>			
70	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	<p>KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszien-schicht und Muskelgewebe.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde.</p> <p>A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.</p>
<b>wenn Feld 67 = 1 oder wenn Feld 69 = 1</b>			
71	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<p>Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff.</p> <p>Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.</p>
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
72	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<p><u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.</u></p>
<b>wenn Feld 72 = 1</b>			
73.1	Pneumonie	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen	<p>Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-</p>

		1 = ja	<p>Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p><b>Infektionen der Unteren Atemwege</b></p> <p><b>C 1 a - C 1 c Pneumonie</b></p> <p><b>C 1 a Klinisch definierte Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p><b>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p><b>und mindestens <u>zwei</u> der folgenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>Für Patienten &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>).</p> <p><b>C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie</b></p>
--	--	--------	---

			<p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erregernachweis im Blut</li> <li>▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit</li> <li>▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste</li> <li>▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in <math>\geq 5\%</math> der bei BAL gewonnenen Zellen</li> <li>▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym</li> <li>▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen</li> </ul>
--	--	--	---

			<p><b>C 1 c Atypische Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde</li> <li>▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien)</li> <li>▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf <math>\geq 1:128</math> in wiederholten Serumproben</li> <li>▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin</li> </ul>
73.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 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
73.3	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
73.4	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>  1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
73.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System (KISS- Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a> • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a>  Harnwegsinfektionen  <b>D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion</b>  muss dem folgenden Kriterium entsprechen:  ▶ Mindestens eine Urinkultur $\geq$ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen  <b>und</b> Patient hat mindestens <u>eines</u> der folgenden Symptome:  • Fieber ( $> 38$ °C) • suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache) • Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache) • Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter)  <b>D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis</b> muss dem folgenden Kriterium entsprechen:

			<p>▶ Mindestens eine Urinkultur mit <math>\geq 105</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen</p> <p><b>und</b> Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein Fieber</li> <li>• kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>• keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>• kein Harndrang</li> <li>• keine erhöhte Miktionsfrequenz</li> <li>• keine Dysurie</li> </ul> <p><b>und</b> Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur</p> <p><b>D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege</b> (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n</p> <p>▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt</p> <p>▶ Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>&gt; 38</math> °C)</li> <li>• lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle</li> </ul> <p><b>und</b> mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle</li> <li>• Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B.</li> </ul>
--	--	--	---

			Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)
73.6	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
73.7	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
73.8	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<u>73.9</u>	<u>Delir, akute delirante Symptomatik</u>	<input type="checkbox"/> <u>gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf</u> 1 = ja	-
<u>73.910</u>	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B.</u> Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind.  Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
<u>wenn „Delir, akute delirante Symptomatik“ = 1</u>			
<u>neu</u>	<u>Demenz</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren</b>			
74	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
75	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	<input type="checkbox"/> s. auch Pflegedokumentation 0 = nein 1 = ja	-
<b>Postoperativer Bewegungsumfang</b>			
76	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung.  Neutral-Null-Methode*  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):

			<p>Extension/Flexion 15°/0°/140°                  Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30°                  Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50°</p> <p>* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>
<b>wenn Feld 24 EINSIN (2) und wenn Feld 76 = 1</b>			
77	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
78	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
79	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
<b>Gehfähigkeit bei Entlassung</b>			
<u>wenn Feld 83 &lt;&gt; 07</u>			
80	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich ( <u>Nahbereich</u> ) 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 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. <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u>
81	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
<u>neu</u>	<u>Treppensteigen bei Entlassung</u>	<u>1 = selbständiges Treppensteigen möglich</u> <u>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u>	<u>Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u>

		<p><u>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</u></p>	<p><u>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinuntersteigt, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u>  <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter sowie wenn der Patient aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt wird.</u>  <u>3 = Der Patient erfüllt diese Voraussetzung in den anderen Kategorien nicht oder wenn (z. B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen.</u></p>
<b>Entlassung Krankenhaus</b>			
82	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Gilt bei stationären Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.</p> <p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></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>          1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>          2. Krankenausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.1.<del>2020</del><u>2021</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
83	Entlassungsgrund	<p>□□</p> <p>siehe Schlüssel <u>2-1</u>          "Entlassungsgrund"          § 301-Vereinbarung:  <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-

84	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1.□□□.□□                  2.□□□.□□                  3.□□□.□□                  4.□□□.□□                  5.□□□.□□                  6.□□□.□□                  7.□□□.□□                  8.□□□.□□                  9.□□□.□□                  10.□□□.□□                  ...                  30.□□□.□□                  alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen</p> <p>ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<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 <b>2024</b> <b>2022</b> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <b>2020-2021</b> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<b>2020/2021</b> aufgenommen worden ist.</p>
85	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/> (OPS 8-550.-)  1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>Versorgung bei Polytrauma</u>	<input type="checkbox"/> <u>gemäß OPS 5-982.-</u>  1 = ja	<u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u>

## 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 BPfIV 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 BPfIV 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

	<p>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 – Wirbelsäulenchirurgie  3756 – Suchtmedizin  3757 – Visceralchirurgie  3790 – Sonstige Fachabteilung  3791 – Sonstige Fachabteilung  3792 – Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Knieendoprothesenversorgung (KEP)

#### Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Knieendoprothese oder unikondylären Schlittenprothese oder einem Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN KNIETEP\_OPS ODER PROZ EINSIN UKNIETEP\_OPS ODER PROZ EINSIN KNIETEPW\_OPS) UND DIAG KEINSIN KEP\_ICD\_EX UND ALTER >= 18

##### Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEP\_OPS  
oder  
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle UKNIETEP\_OPS  
oder  
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEPW\_OPS)  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle KEP\_ICD\_EX  
und  
Alter am Aufnahmetag >= 18

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle KEP\_ICD\_EX

ICD-Kode	Titel
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.02	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

- M08.05 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.10 Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
- M08.11 Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.12 Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.13 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.14 Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.15 Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.16 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.17 Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.18 Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.19 Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.20 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.21 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.22 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.23 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.24 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.25 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.26 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.27 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.28 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.29 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
- M08.40 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.41 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.42 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.43 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.44 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.45 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.46 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.47 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.48 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.49 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.70 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M08.71 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.72 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.73 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.74 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.75 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.76 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.77 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.78 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.79 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

- M08.80 Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M08.81 Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.82 Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.83 Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.84 Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.85 Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.86 Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.87 Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.88 Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.89 Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.90 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M08.91 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.92 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.93 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.94 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.95 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.96 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.97 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.98 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.99 Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.00 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
- M09.01 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.02 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.03 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.04 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.05 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.06 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.07 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.08 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.09 Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.10 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
- M09.11 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.12 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.13 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.14 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.15 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.16 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M09.17 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M09.18 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M09.19 Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M09.20 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
- M09.21 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M09.22 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M09.23 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M09.24 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M09.25 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M09.26 Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.89	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
Q68.2	Angeborene Deformität des Knies
Q74.1	Angeborene Fehlbildung des Knies
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita

#### Prozedur(en) der Tabelle KNIETEP OPS

OPS-Kode	Titel
5-822.90	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert
5-822.91	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert
5-822.92	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-822.g0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert
5-822.g2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-822.h0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Nicht zementiert
5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert
5-822.h2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert)
5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert
5-822.j2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Hybrid (teilzementiert)
5-822.k0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Nicht zementiert
5-822.k1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Zementiert
5-822.k2	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)

#### Prozedur(en) der Tabelle UKNIETEP OPS

OPS-Kode	Titel
5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert
5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert
5-822.02	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Hybrid (teilzementiert)

## Prozedur(en) der Tabelle KNIETEPW OPS

OPS-Kode	Titel
5-823.1a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
5-823.1b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert
5-823.1c	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert)
5-823.1d	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
5-823.1e	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert
5-823.1f	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert)
5-823.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige
5-823.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich
5-823.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
5-823.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
5-823.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.28	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil
5-823.29	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil
5-823.2a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
5-823.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
5-823.2x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Sonstige
5-823.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich
5-823.41	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil
5-823.42	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil
5-823.4x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige
5-823.50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, nicht zementiert
5-823.51	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, zementiert
5-823.52	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, nicht zementiert
5-823.53	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, (teil-)zementiert
5-823.54	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert
5-823.55	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
5-823.b7	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.b8	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.b9	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert
5-823.ba	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert

- 5-823.bb Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.bx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Sonstige
- 5-823.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.f2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Teilwechsel Femurteil
- 5-823.fd Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese
- 5-823.fe Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
- 5-823.ff Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, (teil-)zementiert
- 5-823.fg Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.fh Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Sonstige
- 5-823.k0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Typgleich
- 5-823.k1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.k2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.k3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
- 5-823.k4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
- 5-823.k5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Femurteil
- 5-823.k6 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.kx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Sonstige

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	<input type="checkbox"/> §-301-Vereinbarung bzw. KVDT- Datensatzbeschreibung 00 – kein besonderer Personenkreis 04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall

			<p>(gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<b>Leistungserbringeridentifizierende Daten</b>			
5	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. 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>
6	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus</p>

			dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	<p>□□□□□□□□</p> <p>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur</p>	<p>Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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 Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p>
8	Betriebsstätten-Nummer	<p>□□</p> <p>Gültige Angabe: &gt;= 1</p>	<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>
9	Fachabteilung	<p>□□□□</p> <p><u>siehe Schlüssel 1 "Fachabteilungen"</u></p>	-

		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	
<b>Patient</b>			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>          1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 10.01.<del>2020</del><u>2021</u>          2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del><u>2021</u> bis zum 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>          Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del><u>2021</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del><u>2021</u>.</p>
12	Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	-
13	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
14	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
<b>Präoperative Anamnese</b>			
15	Gehstrecke	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich ( <u>Nahbereich</u> )	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die

		<p>3 = <u>Gehen am Stück bis 50m möglich auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)</u>                  4 = im Zimmer mobil                  5 = immobil</p>	<p>der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u></p>
16	<u>verwendete</u> Gehhilfen	<p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine                  1 = Unterarmgehstützen/Gehstock                  2 = Rollator/Gehbock                  3 = Rollstuhl                  4 = bettlägerig</p>	<p>Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt <u>vor</u> der Aufnahme.</p>
<u>neu</u>	<u>Treppensteigen</u>	<p><u>1 = selbständiges Treppensteigen möglich</u>  <u>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u>  <u>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</u></p>	<p><u>Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u></p> <p><u>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u>  <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</u>  <u>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</u></p>
<b>Auslösende OPS-Kodes</b>			
17	<u>teildatensatzsteuernde</u> auslösende OPS-Kodes	<p>1. □-□□□.□□                  2. □-□□□.□□                  3. □-□□□.□□                  4. □-□□□.□□                  5. □-□□□.□□                  6. □-□□□.□□                  7. □-□□□.□□                  8. □-□□□.□□                  9. □-□□□.□□                  10. □-□□□.□□                  ...                  15. □-□□□.□□</p> <p><u>alle auslösenden Kodes und ggf. der Zusatzcode 5-829.n</u></p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorbelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze.</p>

Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
18	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: $\geq 1$ Angabe ohne Warnung: $\leq 10$	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.
19	zu operierende Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	Entgegen den Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung "beidseits" vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
<u>wenn Feld 27 KEINSIN (5-823.2)</u>			
20	<u>Liegt eine Vorbestehende Gonarthrose vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = <u>ja</u> , primäre Gonarthrose 2 = <u>ja</u> , sekundäre Gonarthrose	<u>Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes z.B. ICD 10 M17.-) festgestellt wurde.</u> 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.)
21	<u>Liegen Fehlstellungen des Knies vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = <u>ja</u> , schweres Valgusknie 2 = <u>ja</u> , schweres Varusknie	Ein schweres Valgus/Varusknie meint hier eine Achsabweichung von $\geq 10^\circ$ .
22	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> <u>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</u> 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

			<p>systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeiner krankung, 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><del>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</del></p>
23	Wundkontaminationsklassifikation	<p><input type="checkbox"/> nach Definition der CDC</p> <p>1 = aseptische Eingriffe          2 = bedingt aseptische Eingriffe          3 = kontaminierte Eingriffe          4 = septische Eingriffe</p>	<p><b>Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien</b></p> <p><b>1 = aseptische Eingriffe:</b>          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><b>2 = bedingt aseptische Eingriffe:</b>          Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>3 = kontaminierte Eingriffe:</b>          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</p>

			<p>denen eine akute nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p><b>4 = septische Eingriffe:</b> 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.</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
<b>Operation</b>			
24	Art des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <p>1 = elektive <del>Knieendoprothesen</del><del>Knie-Endoprothesen</del>-Erstimplantation                  2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel                  3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels</p>	<p><b><del>"elektive Knie-Endoprothesen</del><del>Knieendoprothesen</del>-Erstimplantation"</b>                  Im Teildatensatz "<del>elektive Knie-Endoprothesen</del><del>Knieendoprothesen</del>-Erstimplantation" werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dokumentiert, die einen ersten Kniegelenksersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</p> <p><b>"einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel" bzw. "Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels"</b>                  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.</p> <p>Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als MDS anzulegen.</p>
25	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	<p>OPS-Datum:                  Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend</p>

			anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
26	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Naht-Zeit  Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
27	Prozedur(en)	1. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alle OPS des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	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 Knieendoprothesen-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 (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <del>2021</del> <u>2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del> <u>2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del> <u>2021</u> aufgenommen worden ist.

<b>Knieendoprothesen-Erstimplantation (E)</b>			
<b>Knieendoprothesenerstimplantation</b>			
<b>Anzahl der Eingriffe</b>			
28	Wieviele <del>Knie-Endoprothesen</del> <u>Knieendoprothesen</u> -Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/>  Gültige Angabe: $\geq 1$ Angabe ohne Warnung: $\leq 10$	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Erstimplantation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
<b>Präoperative Anamnese</b>			
29	Wurde eine Voroperation am <u>betroffenen</u> Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/>  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. Zu dokumentierten ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
30	Schmerzen	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
<b>Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score</b>			
31	Osteophyten	<input type="checkbox"/>  0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	-
32	Gelenkspalt	<input type="checkbox"/>  0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	-
33	Sklerose	<input type="checkbox"/>  0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	-
34	Deformierung	<input type="checkbox"/>  0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	-
<b>Implantation einer unikondylären Schlittenprothese</b>			
35	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 35 = 1			
36	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt ( <u>einschließlich femoropatellarer Schaden</u> ). Gemeint sind die Kompartimente des Gelenkes, in welchem die unikondyläre Schlittenprothese implantiert wird. 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 Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
37	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	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.
wenn Feld 37 = 1			
38	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	<input type="checkbox"/> 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	Die Grade der erosiven Gelenkzerstörung 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)

<b>Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)</b>			
<b>Wechsel bzw. Komponentenwechsel</b>			
<b>Anzahl der Eingriffe</b>			
39	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: $\geq 1$ Angabe ohne Warnung: $\leq 10$	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Wechseloperation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
<b>Präoperative Anamnese</b>			
40	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
<b>Erreger-/Infektionsnachweis</b>			
41	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.
42	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 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. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben. Hier können auch Ergebnisse von prästationär durchgeführten Gelenkpunktionen eingetragen werden.
<b>Röntgendiagnostik/Klinische Befunde</b>			
43	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben.
<b>wenn Feld 43 = 1</b>			
44.1	Implantatbruch	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
44.2	Implantatfehlage/Malrotation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
44.3	Implantatwanderung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.

44.4	Lockerung der Femur-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
44.5	Lockerung der Tibia-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
44.6	Lockerung der Patella-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
44.7	Knochendefekt Femur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
44.8	Knochendefekt Tibia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
44.9	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.10	Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Prothesen(sub)luxationen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
44.11	Instabilität des Gelenks	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.12	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.13	Patellaneekrose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.14	Patellaluxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.15	Patellenschmerz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
44.16	<u>andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde</u>	<input type="checkbox"/> <u>1 = ja</u>	-
<b>Prozedur (PROZ)</b>			
<b>Prozedur</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
45	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.</u>
<b>wenn Feld 45 = 1</b>			
46.1	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/> 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.

46.2	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/> 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
46.3	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
46.4	Patellafehlstellung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Subluxation oder Luxation der Patella
46.5	<del>OP- oder interventionsbedürftige/-s</del> Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<del>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.</del>
46.6	<del>OP- oder interventionsbedürftige</del> Gefäßläsion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<del>Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Zu den Interventionen zählt nicht die Gabe von Blutpräparaten.</del>
46.7	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
46.8	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 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, <u>oder eine Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte.</u>
46.9	<del>reoperationspflichtige</del> Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier das <del>reoperationspflichtige</del> <u>behandlungsbedürftige</u> Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
46.10	<del>reoperationspflichtige</del> -sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier <del>die reoperationspflichtige, die</del> <u>behandlungsbedürftige</u> , in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
46.11	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
46.12	Ruptur der Quadrizepsehne/Ligamentum patellae	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
46.13	Fraktur der Patella	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
46.14	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.</u>
47	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  0 = nein 1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen.  Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
<b>wenn Feld 47 = 1</b>			
48	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:  A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht  A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe.  A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde.  A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.
<b>wenn Feld 47 = 1 oder wenn Feld 45 = 1</b>			
49	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/>  0 = nein 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.
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
<b>Intra- und postoperativer Verlauf</b>			
50	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<u>-Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden</u>

wenn Feld 50 = 1			
51.1	Pneumonie	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen  1 = ja	<p>Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> <p><b>Infektionen der Unteren Atemwege</b></p> <p><b>C 1 a - C 1 c Pneumonie</b></p> <p><b>C 1 a Klinisch definierte Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p><b>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p><b>und mindestens <u>zwei</u> der folgenden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>Für Patienten &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für</p>

		<p>Kinder &gt; 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter <a href="http://www.rki.de">www.rki.de</a>).</p> <p><b>C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> <li>▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p>und mindestens <u>eines</u> der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Erregernachweis im Blut</li> <li>▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit</li> <li>▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste</li> <li>▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in <math>\geq 5\%</math> der bei BAL gewonnenen Zellen</li> <li>▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym</li> <li>▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe</li> </ul>
--	--	---

		<p>oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen</p> <p><b>C 1 c Atypische Pneumonie</b></p> <p>Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat</li> <li>▶ Verdichtung</li> <li>▶ Kavernenbildung</li> </ul> <p><b>und</b> mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fieber &gt; 38 °C</li> <li>▶ Leukozytose (<math>\geq 12.000/\text{mm}^3</math>) oder Leukopenie (<math>&lt; 4000/\text{mm}^3</math>)</li> <li>▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. <math>\geq 70</math> Jahre</li> </ul> <p><b>und</b> mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen</li> <li>▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch</li> <li>▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)</li> </ul> <p><b>und</b> mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde</li> <li>▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien)</li> <li>▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf <math>\geq 1:128</math> in wiederholten Serumproben</li> <li>▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin</li> </ul>
--	--	--

51.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 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
51.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
51.4	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
51.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: <a href="http://www.nrz-hygiene.de">http://www.nrz-hygiene.de</a></li> <li>• Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a></li> </ul> Harnwegsinfektionen <b>D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion</b> muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur $\geq$ 10 <sup>5</sup> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen  und Patient hat mindestens eines der folgenden Symptome: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>&gt;</math> 38 °C)</li> <li>• suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache)</li> <li>• Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache)</li> <li>• Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>• erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)</li> <li>• Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter)</li> </ul> <b>D 2 Asymptomatische Bakteriurie</b>

		<p><b>mit sekundärer Sepsis</b> muss dem folgenden Kriterium entsprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mindestens eine Urinkultur mit <math>\geq 10^5</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen</li> </ul> <p><b>und</b> Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein Fieber</li> <li>• kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>• keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür)</li> <li>• kein Harndrang</li> <li>• keine erhöhte Miktionsfrequenz</li> <li>• keine Dysurie</li> </ul> <p><b>und</b> Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur</p> <p><b>D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege</b> (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n</li> <li>▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt</li> <li>▶ Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>&gt; 38\text{ }^{\circ}\text{C}</math>)</li> <li>• lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle</li> </ul> </li> </ul> <p><b>und</b> mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle</li> <li>• Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage</li> </ul>
--	--	---

			<p>kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)</p>
51.6	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
51.7	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
51.8	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
51.9	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p><u>Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden</u>, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind</p> <p>Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten)</li> <li>• hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten)</li> <li>• mehrfacher venöser Zugang</li> </ul>
<b>Postoperativer Bewegungsumfang</b>			
52	Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Neutral-0-Methode*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung</li> <li>• 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl)</li> <li>• 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung</li> </ul> <p>Bewegungsmaße <u>HüfteKnie</u> Gradeinteilung* (Beispiel)                      Extension/Flexion (aktiv) 10° / 0° / 150°                      Beispiel für ein Streckdefizit: 0° / 5° / 140°</p> <p>* (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-Dokumentierung, 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.</p>
wenn Feld 24 EINSIN (1) und wenn Feld 52 = 1			

53	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Neutral-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.
54	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Neutral-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.
55	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Neutral-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.
<b>Gehfähigkeit bei Entlassung</b>			
<u>wenn Feld 59 &lt;&gt; 07</u>			
56	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m (Nahbereich) möglich 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) 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. <u>Die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang an die frische Luft zu</u>

			<u>kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.</u>
57	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
<u>neu</u>	<u>Treppensteigen bei Entlassung</u>	<u>1 = selbständiges Treppensteigen möglich</u> <u>2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen</u> <u>3 = unfähig, allein Treppen zu steigen</u>	Die Erfassung der Fähigkeit zum <u>Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.</u>  <u>1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.</u> <u>2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.</u> <u>3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.</u>
<b>Entlassung Krankenhaus</b>			
58	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.  <b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b> 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. <del>2017</del> <u>2021</u> bis zum 10.01. <del>2017</del> <u>2021</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <del>2017</del> <u>2021</u> bis zum 20.1. <del>2017</del> <u>2021</u>  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <del>2017</del> <u>2021</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist

			der 20.01. <del>2017</del> <u>2021</u> .
59	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel <del>2-1</del> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
60	Entlassungsdiagnose(n)	1. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ... 30. <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>2021</del> <u>2022</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020-2021</del> <u>2021</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020-2021</del> <u>2021</u> aufgenommen worden ist.
61	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/> (gemäß OPS 8-550.-)  1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>Versorgung bei Polytrauma</u>	<input type="checkbox"/> gemäß OPS 5-982.-  1 = ja	<u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u>

## Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>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</p>
----------------------------------	--

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

4300 = Kinderchirurgie  
 4390 = Kinderchirurgie  
 4391 = Kinderchirurgie  
 4392 = Kinderchirurgie  
 4400 = Lungen- und Bronchialheilkunde  
 4410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie  
 4490 = Lungen- und Bronchialheilkunde  
 4491 = Lungen- und Bronchialheilkunde  
 4492 = 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 BPFIV 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 BPFIV 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

	<p>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 = Wirbelsäulenchirurgie  3756 = Suchtmedizin  3757 = Visceralchirurgie  3790 = Sonstige Fachabteilung  3791 = Sonstige Fachabteilung  3792 = Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Neonatologie (NEO)

#### Textdefinition

Neugeborene, die innerhalb der ersten sieben Lebenstage stationär aufgenommen oder zwischen dem 8. und 120. Lebenstag zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

```
((ALTERINTAGEN <= 7 UND ENTLGRUND = '07') ODER (ALTERINTAGEN >= 8 UND ALTERINTAGEN <= 120 UND
IKNRVERANLKH <> LEER UND ENTLGRUND = '07') ODER (((ALTERINTAGEN <= 7 UND
AbstandInStunden(AUFNDATUM;AUFNZEIT;ENTLDATUM;ENTLZEIT) > 12) ODER (ALTERINTAGEN >= 8 UND
ALTERINTAGEN <= 120 UND IKNRVERANLKH <> LEER)) UND (GEWICHT < 2000 ODER
(fabMinutenNichtGeb('ABTLG';FAB_GEB) = WAHR) ODER DIAG EINSIN NEO_ICD ODER DAUBEAT > 1))) UND DIAG KEINSIN
NEO_ICD_EX
```

##### Algorithmus in Textform

Alle Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7\* Tagen, die verstorben sind  
oder  
Kinder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt werden und verstorben sind  
oder

Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7 Tagen, die länger als 12 Stunden stationär behandelt werden  
oder im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt werden und eines der folgenden Kriterien erfüllen:  
- Aufnahmegewicht von unter 2000 g oder  
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung (i.d.R. pädiatrische  
Fachabteilung) oder  
- schwerwiegende Erkrankung mit einem Aufnahmegewicht ab 2000 g oder  
- Beatmung länger als 1 Stunde.  
\* Geburtstag des Kindes = Lebenstag 1 (siehe Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs.  
4 und Abs. 5 KHEntgG)

und  
keine Diagnosen aus der Liste NEO\_ICD\_EX

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht  
04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021  
und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

```
AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <=
'31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')
```

##### Diagnose(n) der Tabelle NEO\_ICD

ICD- Kode	Titel
P02.3	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch transplazentare Transfusionssyndrome
P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm
P07.01	Neugeborenes: Geburtsgewicht 500 bis unter 750 Gramm
P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm
P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm

- P07.11 Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm
- P07.2 Neugeborenes mit extremer Unreife
- P10.0 Subdurale Blutung durch Geburtsverletzung
- P10.1 Zerebrale Blutung durch Geburtsverletzung
- P10.2 Intraventrikuläre Blutung durch Geburtsverletzung
- P10.3 Subarachnoidale Blutung durch Geburtsverletzung
- P10.4 Tentoriumriss durch Geburtsverletzung
- P10.8 Sonstige intrakranielle Verletzungen und Blutungen durch Geburtsverletzung
- P10.9 Nicht näher bezeichnete intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung
- P11.0 Hirnödem durch Geburtsverletzung
- P11.1 Sonstige näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
- P11.2 Nicht näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
- P11.50 Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit akuter Querschnittlähmung
- P11.51 Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit chronischer Querschnittlähmung
- P11.59 Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
- P11.9 Geburtsverletzung des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
- P13.0 Fraktur des Schädels durch Geburtsverletzung
- P14.2 Lähmung des N. phrenicus durch Geburtsverletzung
- P15.0 Geburtsverletzung der Leber
- P15.1 Geburtsverletzung der Milz
- P23.0 Angeborene Pneumonie durch Viren
- P23.1 Angeborene Pneumonie durch Chlamydien
- P23.2 Angeborene Pneumonie durch Staphylokokken
- P23.3 Angeborene Pneumonie durch Streptokokken, Gruppe B
- P23.4 Angeborene Pneumonie durch Escherichia coli
- P23.5 Angeborene Pneumonie durch Pseudomonasarten
- P23.6 Angeborene Pneumonie durch sonstige Bakterien
- P23.8 Angeborene Pneumonie durch sonstige Erreger
- P23.9 Angeborene Pneumonie, nicht näher bezeichnet
- P25.1 Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P25.2 Pneumomediastinum mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P25.3 Pneumoperikard mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P26.0 Tracheobronchiale Blutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P26.1 Massive Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P26.8 Sonstige Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P26.9 Nicht näher bezeichnete Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P27.1 Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode
- P28.3 Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen
- P28.5 Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen
- P29.0 Herzinsuffizienz beim Neugeborenen
- P29.3 Persistierender Fetalkreislauf
- P29.4 Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen
- P35.0 Rötelnembryopathie
- P35.1 Angeborene Zytomegalie
- P35.2 Angeborene Infektion durch Herpesviren [Herpes simplex]
- P36.0 Sepsis beim Neugeborenen durch Streptokokken, Gruppe B
- P36.1 Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Streptokokken
- P36.2 Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus
- P36.3 Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Staphylokokken
- P36.4 Sepsis beim Neugeborenen durch Escherichia coli
- P36.5 Sepsis beim Neugeborenen durch Anaerobier
- P36.8 Sonstige bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
- P36.9 Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
- P37.0 Angeborene Tuberkulose
- P37.1 Angeborene Toxoplasmose
- P37.2 Neugeborenenlisteriose (disseminiert)
- P37.3 Angeborene Malaria tropica
- P37.4 Sonstige angeborene Malaria
- P51.0 Massive Nabelblutung beim Neugeborenen
- P52.0 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen
- P52.1 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Fetus und Neugeborenen
- P52.2 Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen

- P52.3 Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen
- P52.4 Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen
- P52.5 Subarachnoidalblutung (nichttraumatisch) beim Fetus und Neugeborenen
- P52.6 Kleinhirnblutung (nichttraumatisch) und Blutung in die Fossa cranii posterior beim Fetus und Neugeborenen
- P52.8 Sonstige intrakranielle (nichttraumatische) Blutungen beim Fetus und Neugeborenen
- P52.9 Intrakranielle (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
- P53 Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
- P54.4 Nebennierenblutung beim Neugeborenen
- P55.8 Sonstige hämolytische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
- P55.9 Hämolytische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
- P56.0 Hydrops fetalis durch Isoimmunisierung
- P56.9 Hydrops fetalis durch sonstige und nicht näher bezeichnete hämolytische Krankheit
- P57.0 Kernikterus durch Isoimmunisierung
- P57.8 Sonstiger näher bezeichneter Kernikterus
- P57.9 Kernikterus, nicht näher bezeichnet
- P60 Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen
- P70.3 Iatrogene Hypoglykämie beim Neugeborenen
- P75 Mekoniumileus bei zystischer Fibrose
- P76.0 Mekoniumpfropf-Syndrom
- P76.1 Transitorischer Ileus beim Neugeborenen
- P76.2 Darmverschluss beim Neugeborenen durch eingedickte Milch
- P76.8 Sonstiger näher bezeichneter Darmverschluss beim Neugeborenen
- P76.9 Darmverschluss beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
- P77 Enterocolitis necroticans beim Fetus und Neugeborenen
- P78.0 Darmperforation in der Perinatalperiode
- P78.1 Sonstige Peritonitis beim Neugeborenen
- P90 Krämpfe beim Neugeborenen
- P91.0 Zerebrale Ischämie beim Neugeborenen
- P91.1 Erworbene periventrikuläre Zysten beim Neugeborenen
- P91.2 Zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen
- P91.5 Koma beim Neugeborenen
- P91.6 Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]
- P91.80 Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen
- P96.0 Angeborene Niereninsuffizienz
- P96.1 Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter
- Q00.0 Anenzephalie
- Q00.1 Kraniorhachischisis
- Q00.2 Inienzephalie
- Q01.0 Frontale Enzephalozele
- Q01.1 Nasofrontale Enzephalozele
- Q01.2 Okzipitale Enzephalozele
- Q01.8 Enzephalozele sonstiger Lokalisationen
- Q01.9 Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
- Q02 Mikrozephalie
- Q03.0 Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri
- Q03.1 Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturae laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
- Q03.8 Sonstiger angeborener Hydrozephalus
- Q03.9 Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
- Q04.2 Holoprosenzephalie-Syndrom
- Q04.3 Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
- Q04.4 Septooptische Dysplasie
- Q05.0 Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus
- Q05.1 Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
- Q05.2 Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
- Q05.3 Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
- Q05.4 Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
- Q05.5 Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
- Q05.6 Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
- Q05.7 Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
- Q05.8 Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
- Q05.9 Spina bifida, nicht näher bezeichnet

- Q06.0 Amyelie
- Q06.1 Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks
- Q06.2 Diastematomyelie
- Q06.3 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina
- Q06.4 Hydromyelie
- Q06.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks
- Q06.9 Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
- Q07.0 Arnold-Chiari-Syndrom
- Q07.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
- Q07.9 Angeborene Fehlbildung des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
- Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom
- Q25.0 Offener Ductus arteriosus
- Q25.1 Koarktation der Aorta
- Q25.2 Atresie der Aorta
- Q25.3 Stenose der Aorta (angeboren)
- Q25.4 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta
- Q25.5 Atresie der A. pulmonalis
- Q25.6 Stenose der A. pulmonalis (angeboren)
- Q25.7 Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis
- Q25.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Arterien
- Q25.9 Angeborene Fehlbildung der großen Arterien, nicht näher bezeichnet
- Q26.0 Angeborene Stenose der V. cava
- Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen
- Q26.3 Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen
- Q26.4 Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet
- Q26.5 Fehleinmündung der Pfortader
- Q26.6 Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)
- Q26.8 Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen
- Q26.9 Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet
- Q27.1 Angeborene Nierenarterienstenose
- Q27.2 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Nierenarterie
- Q28.20 Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der zerebralen Gefäße
- Q28.21 Angeborene arteriovenöse Fistel der zerebralen Gefäße
- Q28.28 Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
- Q28.29 Angeborene arteriovenöse Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
- Q28.30 Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße
- Q28.31 Angeborene Fistel der zerebralen Gefäße
- Q28.38 Sonstige angeborene Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
- Q28.39 Angeborene Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
- Q30.0 Choanalatresie
- Q31.1 Angeborene subglottische Stenose
- Q31.2 Hypoplasie des Kehlkopfes
- Q31.3 Laryngozele (angeboren)
- Q33.0 Angeborene Zystenlunge
- Q33.2 Lungensequestration (angeboren)
- Q33.3 Agenesie der Lunge
- Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge
- Q44.6 Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]
- Q54.2 Penoskrotale Hypospadie
- Q54.3 Perineale Hypospadie
- Q56.0 Hermaphroditismus, anderenorts nicht klassifiziert
- Q56.1 Pseudohermaphroditismus masculinus, anderenorts nicht klassifiziert
- Q56.2 Pseudohermaphroditismus femininus, anderenorts nicht klassifiziert
- Q56.3 Pseudohermaphroditismus, nicht näher bezeichnet
- Q56.4 Unbestimmtes Geschlecht, nicht näher bezeichnet
- Q60.1 Nierenagenesie, beidseitig
- Q60.4 Nierenhypoplasie, beidseitig
- Q60.6 Potter-Syndrom
- Q61.1 Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv
- Q61.2 Polyzystische Niere, autosomal-dominant
- Q61.3 Polyzystische Niere, nicht näher bezeichnet
- Q61.5 Medulläre Zystenniere

- Q62.0 Angeborene Hydronephrose
- Q62.1 Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters
- Q62.2 Angeborener Megaureter
- Q62.3 Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters
- Q64.1 Ekstrophie der Harnblase
- Q64.2 Angeborene Urethralklappen im hinteren Teil der Harnröhre
- Q64.3 Sonstige Atresie und (angeborene) Stenose der Urethra und des Harnblasenhalses
- Q64.4 Fehlbildung des Urachus
- Q64.5 Angeborenes Fehlen der Harnblase und der Urethra
- Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita
- Q77.0 Achondrogenesie
- Q77.1 Thanatophore Dysplasie
- Q77.2 Kurzripp-Polydaktylie-Syndrome
- Q77.4 Achondroplasie
- Q78.0 Osteogenesis imperfecta
- Q78.2 Marmorknochenkrankheit
- Q79.0 Angeborene Zwerchfellhernie
- Q79.2 Exomphalus
- Q79.3 Gastroschisis
- Q79.4 Bauchdeckenaplasie-Syndrom
- Q80.0 Ichthyosis vulgaris
- Q80.1 X-chromosomal-rezessive Ichthyosis
- Q80.2 Lamelläre Ichthyosis
- Q80.3 Bullöse kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie
- Q80.4 Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus]
- Q80.8 Sonstige Ichthyosis congenita
- Q80.9 Ichthyosis congenita, nicht näher bezeichnet
- Q81.0 Epidermolysis bullosa simplex
- Q81.1 Epidermolysis bullosa atrophicans gravis
- Q81.2 Epidermolysis bullosa dystrophica
- Q81.8 Sonstige Epidermolysis bullosa
- Q81.9 Epidermolysis bullosa, nicht näher bezeichnet
- Q82.1 Xeroderma pigmentosum
- Q82.3 Incontinentia pigmenti
- Q85.0 Neurofibromatose (nicht bösartig)
- Q85.1 Tuberöse (Hirn-) Sklerose
- Q87.4 Marfan-Syndrom
- Q89.4 Siamesische Zwillinge
- Q91.0 Trisomie 18, meiotische Non-disjunction
- Q91.1 Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
- Q91.2 Trisomie 18, Translokation
- Q91.3 Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet
- Q91.4 Trisomie 13, meiotische Non-disjunction
- Q91.5 Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
- Q91.6 Trisomie 13, Translokation
- Q91.7 Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet
- Q92.7 Triploidie und Polyploidie
- Q93.0 Vollständige Monosomie, meiotische Non-disjunction
- Q93.1 Vollständige Monosomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
- Q99.1 Hermaphroditismus verus mit Karyotyp 46,XX
- Q99.2 Fragiles X-Chromosom

#### Diagnose(n) der Tabelle NEO\_ICD\_EX

ICD-Kode	Titel
003.0	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
003.1	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
003.2	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
003.3	Spontanabort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
003.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation

- 003.5 Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
- 003.6 Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
- 003.7 Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
- 003.8 Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
- 003.9 Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
- 004.0 Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
- 004.1 Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
- 004.2 Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
- 004.3 Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
- 004.4 Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation
- 004.5 Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
- 004.6 Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
- 004.7 Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
- 004.8 Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
- 004.9 Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
- 005.0 Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
- 005.1 Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
- 005.2 Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
- 005.3 Sonstiger Abort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
- 005.4 Sonstiger Abort: Inkomplett, ohne Komplikation
- 005.5 Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
- 005.6 Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
- 005.7 Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
- 005.8 Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
- 005.9 Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
- P95 Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache
- Z37.1 Totgeborener Einling
- Z37.4 Zwillinge, beide totgeboren
- Z37.7 Andere Mehrlinge, alle totgeboren

### Fachabteilung(en) der Tabelle FAB\_GEB

#### FAB-Kode Titel

- 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2490 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2491 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2492 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- 2500 Geburtshilfe
- 2590 Geburtshilfe
- 2591 Geburtshilfe
- 2592 Geburtshilfe

## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Neonatologie (NEO)

Bei Kindern, die zwischen 8 und 120 Lebenstagen zuverlegt werden, aber schon einmal zu Hause waren, muss nur der Minimaldatensatz ausgefüllt werden. Im Falle eines zuverlegten Kindes sollen nur Therapien und Diagnosen dokumentiert werden, die im eigenen Hause gestellt wurden, eine Ausnahme machen hierbei die IVH, PVL, ROP, Pneumothorax und NEK.

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ Versichertenangabe des Kindes  http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.  <b>Achtung:</b> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ Versichertenangabe des Kindes  §-301-Vereinbarung <b>bzw. KVDT-Datensatzbeschreibung</b>  <b>00 – kein besonderer Personenkreis</b> <b>04 – § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger</b> <b>06 – BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG</b> <b>07 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand)</b> <b>08 – bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal)</b> <b>09 – Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte</b>	<b>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT</b>
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□ Versichertenangabe des Kindes	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21

			<p>KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	<input type="checkbox"/> Versichertenangabe des Kindes  1 = ja	<p>Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.</p> <p>In der Neonatologie kann es außerdem sein, dass die eGK während der Behandlung <b>noch nicht</b> vorliegt. Liegt für das Kind nur eine Pseudonummer vor, ist dieses Datenfeld ebenfalls mit "ja" zu beantworten. Beim Vorliegen von Pseudonummern ist jedoch darauf zu achten, dass die Felder "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" und "besonderer Personenkreis" möglichst trotzdem dokumentiert werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5.1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

		Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	<p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
5.2	Nachname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
6	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vorsatzworte der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vorsatzworte sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Vorsatzworte sind z.B. von, zu, van, von der, unter usw.</p> <p>Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.</p>
7.1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

7.2	Vorname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Basisdokumentation</b>			
8	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	<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. 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>
9	entlassender Standort	<input type="checkbox"/>	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
10	aufnehmender Standort	<input type="checkbox"/>	Der "aufnehmende Standort" entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.
11	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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</p>



			Kindes an. <u>Bitte runden Sie die Uhrzeit nicht, sondern tragen Sie möglichst die minutengenaue Uhrzeit ein.</u> Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
22	Gewicht des Kindes bei Geburt	□□□□ Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	<u>Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Geburtsgewicht ein.</u> -
23	Wo wurde das Kind geboren?	□ 1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport	-
<b>wenn Geburtsort = Geburtsklinik</b>			
24	Transport zur Neonatologie	□ 0 = kein Transport zur Neonatologie 1 = Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn) 2 = Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	Inborn bedeutet, dass für den Transport des Kindes vom Ort seiner Geburt zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) kein Kraftfahrzeug erforderlich wurde.  Outborn bedeutet, dass das Kind mit einem Kraftfahrzeug zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) transportiert wurde.  Siehe Strukturvorgaben des G-BA für Perinatalzentren Level 1 und 2 (Anlage 1 zur Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- u. Neugeborenen): "Wand-an-Wand"-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, so dass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist.
<b>wenn Kind verstorben</b>			
25	primär palliative Therapie (ab Geburt)	□ 0 = nein 1 = ja	Gemeint ist, dass entsprechend der Empfehlung der Fachgesellschaften (DGGG, DGKJ, DGPM, GNPI 2014) "Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes" die Entscheidung für eine primär palliative Therapie im Konsens mit den Eltern getroffen wurde. Hier ist die Angabe "ja" nur zu dokumentieren, wenn auf jegliche Therapie (Beatmung, Sauerstoff, antibiotische Therapie) primär verzichtet wurde.
<b>wenn Feld 25 = 1</b>			

26	Kind im Kreißaal verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
<b>Aufnahme</b>			
27	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	□□.□□.□□□□	Bitte geben Sie hier das Aufnahmedatum in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier <b>nicht</b> das Aufnahmedatum in eine bestimmte Abteilung. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist das Aufnahmedatum das Geburtsdatum.
28	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	□□:□□	Bitte geben Sie hier die Aufnahmezeit in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier <b>nicht</b> die Aufnahmezeit in eine bestimmte Abteilung. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist die Aufnahmezeit der Geburtszeitpunkt.
29	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	□□.□□.□□□□ wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
30	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	□□:□□	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
31	Aufnahme ins Krankenhaus von	<input type="checkbox"/> <b>wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit</b>  1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik <u>am gleichen Standort</u> <u>7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort</u> 8 = sonstiges	<b>Dieses Feld muss i.d.R. nur dokumentiert werden, wenn das Kind nicht im aktuellen Krankenhaus geboren wurde (wenn Aufnahmeuhrzeit nicht Geburtszeitpunkt ist).</b> <b>Dieses Feld wird nicht bei einer internen Verlegung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.</b> In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass <b>auch</b> bei einem Inborn eine Neuaufnahme in der pädiatrischen Abteilung <b>der gleichendasselben Klinik Standortes</b> vorliegt. Dies <b>kann-ist über "eigener Geburtsklinik am gleichen Standort" kodiert werden zu dokumentieren.</b> Externe Geburts- oder Kinderklinik bedeutet, dass das zuverlegende Krankenhaus eine andere IK-Nummer als das jetzt aufnehmende Krankenhaus hat. Beachtet werden soll, dass die Antwortmöglichkeit "3 = externe Klinik als Rückverlegung" Vorrang vor den Antwortmöglichkeiten "1 und 2 = externe Geburts- oder Kinderklinik" hat.  Die Antwortmöglichkeit

			<p>"sonstiges" soll nur genutzt werden, wenn das Kind bspw. während des Transports geboren wurde und anschließend ins Krankenhaus aufgenommen wird.</p> <p>Hinweis: der Begriff 'Rückverlegung' umfasst</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es nach längerem Aufenthalt im eigenen Haus für wenige Tage zu einer Operation verlegt hatte</li> <li>2. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es unmittelbar nach der Geburt zur anfänglichen intensiven Versorgungsphase verlegt hatte.</li> </ol>
<b>wenn Aufnahme aus externer Klinik</b>			
32	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 31 IN (1;2;3) und wenn Feld 32 = LEER</b>			
33	Institutionskennzeichen des zuverlässigen Krankenhauses	□□□□□□□□	Hier <u>sist</u> das <u>Institutions</u> kennzeichen des <u>zuverlässigen</u> -Krankenhauses anzugeben, <u>von</u> aus dem das Kind <u>entlassen</u> - <u>übernommen</u> wurde.
<b>wenn Feld 31 IN (1;2;3) und wenn Feld 32 = LEER</b>			
34	entlassender Standort des zuverlässigen Krankenhauses	□□□□□□□□	Hier ist der Standort des <u>Krankenhauses anzugeben, von dem das Kind übernommen wurde</u> . <u>zuverlässigen Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.</u>
35	Gewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	- <u>Es ist der Wert einzutragen, mit welchem das Kind als Fall im Krankenhaus ausgelöst hat.</u>
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
36.1	Kopfumfang bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	<u>Es ist der Kopfumfang zu dem Zeitpunkt gemeint, zu dem das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.</u>
36.2	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
37.1	Körpertemperatur bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: °C Gültige Angabe: 20 - 45 °C Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
37.2	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
<b>Diagnostik/Therapie</b>			
38	<u>Fehlbildungen</u> <u>Angeborene Erkrankungen</u>	<input type="checkbox"/> 0 = keine <u>oder leichte</u> 1 = <u>leichteschwere oder letale</u>	<u>Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (ICD-Code und ICD-Label):</u>

		<p>3= schwere 4= letale</p>	<p><u>E72.2 Störungen des Harnstoffzyklus</u>  <u>P96.0 Angeborene Niereninsuffizienz</u>  <u>Q00.0 Anenzephalie</u>  <u>Q01 Enzephalozele</u>  <u>Q04.2 Holoprosenzephalie-Syndrom</u>  <u>Q05 Spina bifida</u>  <u>Q20 Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen</u>  <u>Q21.3 Fallot-Tetralogie</u>  <u>Q22.0 Pulmonalklappenatresie</u>  <u>Q22.4 Angeborene Trikuspidalklappenstenose</u>  <u>Q22.6 Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom</u>  <u>Q23.0 Angeborene Aortenklappenstenose</u>  <u>Q23.2 Angeborene Mitralklappenstenose</u>  <u>Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom (Hämodynamisch relevant)</u>  <u>Q24.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens</u>  <u>Q25.1 Koarktation der Aorta</u>  <u>Q25.2 Atresie der Aorta</u>  <u>Q25.3 Stenose der Aorta (angeboren)</u>  <u>Q25.5 Atresie der A. pulmonalis</u>  <u>Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen</u>  <u>Q30.0 Choanalatresie</u>  <u>Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge (Schweres Oligohydramnion / Anhydramnion über mindestens 2 Wochen und vor 32+0 SSW)</u>  <u>Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus</u>  <u>Q44.6 Angeborene Stenose und Striktur der Gallengänge</u>  <u>Q44.7 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge</u>  <u>Q60.1 Nierenagenesie, beidseitig</u>  <u>Q60.6 Potter-Syndrom</u>  <u>Q64.1 Ekstrophie der Harnblase</u>  <u>Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita</u>  <u>Q77.1 Thanatopore Dysplasie</u>  <u>Q78.0 Osteogenesis imperfecta</u>  <u>Q79.0 Angeborene Zwerchfellhernie</u>  <u>Q79.2 Exomphalus</u>  <u>Q79.3 Gastroschisis</u>  <u>Q80.4 Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus]</u>  <u>Q81.1 Epidermolysis bullosa atrophicans gravis</u>  <u>Q89.4 Siamesische Zwillinge</u>  <u>Q91.0 Trisomie 18</u>  <u>Q91.1 Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)</u>  <u>Q91.2 Trisomie 18, Translokation</u></p>
--	--	---------------------------------	---

			<p> <u>Q91.3 Edwards-Syndrom</u>  <u>Q91.4 Trisomie 13, meiotische Non-disjunction</u>  <u>Q91.5 Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)</u>  <u>Q91.6 Trisomie 13, Translokation</u>  <u>Q91.7 Patau-Syndrom</u>  <u>Q92.7 Triploidie und Polyploidie</u>  <u>Fehlbildungsliste:</u>  <b>1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich:</b>                      –Albinismus                      –Alkoholsyndrom, fetales                      –Alpha-1-Antitrypsinmangel                      –Androgeninsensibilität                      –Aortenisthmusstenose, leichte Formen                      –Augenanomalien                      –Bartter-Syndrom                      –Buphthalmos                      –CHARGE-Assoziation                      –Dysplastische Zeichen (allgemein)                      –Ehlers-Danlos-Syndrom                      –Einzelniere                      –Fußfehlstellungen                      –Gastroschisis                      –Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel                      –Goldenhar-Syndrom                      –Handfehlbildungen                      –Hepatomegalie                      –Hypospadie                      –Kind einer diabetischen Mutter                      –Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch                      –Laryngomalazie                      –Leistenhernie                      –Lippen-Kiefer-Gaumenspalte                      –Low-T4-Syndrom                      –Marden-Walter-Syndrom                      –Megaloenzephalie                      –Mikrozephalie                      –Mikrognathie                      –Naevi, erhabene kapilläre                      –Niere, multizystische                      –Omphalozele                      –Osteogenesis imperfecta                      –Phokomelien                      –Pierre-Robin-Sequenz                      –Pulmonalstenose                      –Pylorusstenose                      –Skoliose                      –Thrombozytopathien                      –Thyreotoxikose                      –Trisomie 21                      –Tumor, abdominal                      –Turner-Syndrom                      –VATER-Assoziation                      –Ventrikelseptumdefekt                      –Vorhofseptumdefekt                      –Zwillinge, siamesische                 </p> <p> <b>3: schwere Fehlbildungen/ andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich</b>                      –Aortenisthmusstenose                      –Dünndarmatresie                      –Fallotsche Tetralogie                      –Harnstoffzyklus, Defekte im                 </p>
--	--	--	--

			<p>–Hydrops fetalis                  –Hypoplastisches Linksherz                  –Kardiomegalie                  –Listeriose, angeborene                  –Lungenhypoplasie                  –Nierendegeneration, polyzystische                  –Prune-Belly-Syndrom                  –TGA                  –Zwerchfellhernie</p> <p><b>4: Letale Fehlbildungen</b>                  –Anenzephalie                  –Nierenagenesie, bilateral                  –Potter-Sequenz                  –Trisomie 13 (Patau-Syndrom)                  –Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)</p>
<b>wenn Feld 38 IN (13;4)</b>			
39	DiagnoseArt der Fehlbildungangeborenen Erkrankung	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ ICD-10-GM  <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
40	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Bildgebung des Schädels, die mit anderen Techniken als dem Sonogramm durchgeführt wurde (z.B. MRT, CT) soll hier nicht dokumentiert werden.
<b>wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja</b>			
41	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Techniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.  Bitte dokumentieren Sie die maximale Ausprägung der Hämorrhagie. Einteilung der Blutungen in vier Schweregrade nach Papile (1978) modifiziert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• IVH Grad I: subependymale Blutung</li> <li>• IVH Grad II: Ventrikeleinbruchsblutung unter 50% des Ventrikelvolumens</li> <li>• IVH Grad III: Ventrikeleinbruchsblutung ab 50% des Ventrikelvolumens</li> <li>• Parenchymatöse Hämorrhagie (PVH)</li> </ul> Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.

			Literatur: Papile L-U, et al. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1.500 gm. J Ped 1978, 92(4): 529-34
<b>wenn Feld 41 IN (1;2;3;4)</b>			
42	Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/>  1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	-
<b>wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja</b>			
43	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Bildgebungstechniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.  Zystische periventrikuläre Leukomalazie wird hier definiert als Nachweis von typischerweise bilateralen periventrikulären Zysten zu irgendeinem Zeitpunkt. Eine Echogenitätsvermehrung ohne Zysten oder Zysten im Bereich einer bekannten IVH werden mit "nein" dokumentiert. Unmittelbar postnatal durchgeführte Ultraschalluntersuchungen erlauben nicht, eine PVL auszuschließen.  Seit 2015 ist eine zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.
<b>wenn Feld 43 = 1</b>			
44	Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/>  1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
45	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening: Die Untersuchung der Netzhaut ist obligat  a bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter <= 1500 g Geburtsgewicht) weil bei ihnen ein erhöhtes Risiko für eine ROP besteht.

			b bei Frühgeborenen zwischen 32 und 36 Wochen Gestationsalter, wenn postnatal mehr als 3 Tage Sauerstoff gegeben wurde (Leitlinie 024/010 GNPI 2007).
<b>wenn Feld 45 = 1</b>			
46	Datum der <u>ersten</u> Untersuchung	□□.□□.□□□□	<u>Hier ist das Datum der ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten Augenhintergrunduntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings einzutragen.-</u>
<b>wenn Feld 45 IN (1;2)</b>			
47	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	<input type="checkbox"/> maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes  0 = nein 1 = Stadium 1 (Demarkationslinie) 2 = Stadium 2 (Prominente Leiste) 3 = Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen) 4 = Stadium 4 (Partielle Amotio retinae) 5 = Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	Diese Diagnose ist immer anzugeben, wenn sie während des aktuellen stationären Aufenthaltes aufgetreten ist (auch wenn die Diagnose bereits bei Aufnahme vorlag).  Bitte geben Sie das maximale Stadium während des stationären Aufenthaltes an.
<b>wenn Feld 47 &gt; 0</b>			
48	ROP-Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/>  1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
49	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Jegliche Sauerstoffzufuhr von mehr als 30 Minuten über 21 % soll dokumentiert werden vom Tage des Beginns bis zum Tage der endgültigen Beendigung. Eine Sauerstoffzufuhr, die nur perioperativ oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert.
<b>wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja</b>			
50	Beginn	□□.□□.□□□□	Es ist das Datum der ersten Sauerstoffzufuhr als Beginn einzutragen.
51	endgültige Beendigung	□□.□□.□□□□	Wenn das Kind mit Sauerstoffbedarf entlassen wird, tragen Sie bitte hier das Entlassungsdatum ein.
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
52	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	<input type="checkbox"/>  0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	Eine Beatmung, die nur perioperativ (bis zu 24 h nach Beendigung der OP) oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert. Zu differenzieren ist hier der Beatmungsweg, nicht die Beatmungsform.

			Alleinige Durchführung von nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit 1 dokumentiert. Die Durchführung einer HIGH-FLOW-NASAL-CANULA-Therapie (HFNC-Therapie) soll ebenfalls in Antwortmöglichkeit "nur nasale/pharyngeale Beatmung" dokumentiert werden.
<b>wenn Beatmung (von &gt; 30 min) durchgeführt</b>			
53	Beginn	□□.□□.□□□□	Es ist das Datum der ersten Beatmung als Beginn einzutragen.
<b>wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt</b>			
54	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	□□.□□.□□□□	Als endgültige Beendigung gilt der Tag der letzten Extubation. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
<b>wenn Beatmung (von &gt; 30 min) durchgeführt</b>			
55	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	□□.□□.□□□□	Als endgültige Beendigung gilt der letzte Tag irgendeiner Atemhilfe. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung jeglicher Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
56	Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten 2 = ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	Ein Pneumothorax ist immer zu dokumentieren, unabhängig davon, ob er während der Behandlung in der eigenen Neonatologie auftrat oder schon bei stationärer Aufnahme bestand. Ausnahme: eine Rest-Luftansammlung nach Thorakotomie soll hier nicht als Pneumothorax dokumentiert werden.  Ein Pneumothorax ist auch dann zu dokumentieren, wenn er sehr klein war, nur zufällig entdeckt und nicht behandelt wurde.  Zu Atemhilfe/Beatmung zählen alle Formen invasiver (über Intratrachealtubus) Beatmung und alle Formen nichtinvasiver Atemhilfe und Beatmung, wie Beutelbeatmung, Perivent, nasaler / pharyngealer CPAP, nasale / pharyngeale NIV, nasale / pharyngeale HFO, HFNC etc.
<b>wenn Feld 56 IN (1;2)</b>			

57	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten 2 = bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes 3 = bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	Wenn während des aktuellen Aufenthaltes mehrere Pneumothoraces auftraten, sollen die Modalitäten des ersten Pneumothorax dokumentiert werden.
58	Behandlung des Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 0 = nein, keine Punktion oder Drainage 1 = ja, Einmalpunktion 2 = ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
59	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	<input type="checkbox"/> mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36 Wochen p. m.  0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren.</li> </ul> Für die geplante Einführung einer bundesweit einheitlichen Neonatalerhebung haben die Neonatologen im Arbeitskreis der Neonatalerhebungen der Bundesländer festgelegt, dass für alle Frühgeborenen < 32 SSW, die im Alter von 36 postmenstruellen Wochen zusätzlichen Sauerstoffbedarf benötigen, um eine SpO2 >= 90% aufzuweisen, die Diagnose BPD angegeben werden soll (Evidenzgrad V). Die milde Form der BPD (FiO2 >= 22% für wenigstens 28 Tage, aber kein

			<p>Sauerstoffbedarf mit 36 SSW) wird nicht separat erhoben. Zur Diagnostik soll hierbei der Belastungstest ("Raumluffttest") nach Walsh dienen. Gemäß den NIH-Kriterien soll zwischen einer moderaten (FiO<sub>2</sub> = 22-29%) und einer schweren (FiO<sub>2</sub> &gt;= 30% und/oder Beatmung/CPAP) Form unterschieden werden. Wird ein Kind vor 36 SSW pm nach Hause entlassen, gilt der Status bei Entlassung. Für Frühgeborene &gt;= 32 SSW wird anstelle der Grenze von 36 SSW pm ein postnatales Alter von 8 Wochen verwandt.</p> <p>Literatur: Walsh MC, Yao Q, Gettner P, Hale E et al. Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates. Pediatrics 2004; 114 (5): 1305-1311.</p>
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	<p>Für die Diagnose einer perinatalen Hypoxie/Ischämie müssen sowohl Anzeichen von fetalem Stress als auch mindestens einer der folgenden Parameter vorliegen:                      pH-Wert unter 7,0 oder Basendefizit kleiner -16,0 mmol/l, jeweils gemessen aus Nabelarterie oder kindlichem Blut innerhalb der ersten 60 Lebensminuten, oder 5-Minuten-Apgar unter 6.                      (Literatur:                      Al Nageeb N, Edwards AD, Cowan FM, Azzopardi D. Assessment of neonatal encephalopathy by amplitude-integrated electroencephalography. Pediatrics 1999 Jun; 103(6): 1263-71.                      Seetha Shankaran S et al. Whole-Body Hypothermia for Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. N Engl J Med 2005; 353:1574-84.)</p>
<b>wenn Feld 60 IN (1;2)</b>			
61	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem</li> </ul>

			<p>Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren.</li> </ul> <p>Eine HIE ist für Kinder reifer als 36 SSW zu erfassen.</p>
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
62	Sepsis/SIRS	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren.</li> </ul> <p>In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des</p>

			<p>nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</li> <li>• Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS)</li> <li>• Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger</li> </ul> <p><b>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</b>          ALLE folgenden Kriterien:          1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage          2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet          3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle          UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt;38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (&lt;36.5 °C)</li> <li>• unerklärte metabolische Azidose (BE &lt; -10 mval/l)</li> <li>• Tachykardie (&gt; 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (&lt;80/min)</li> <li>• neu aufgetretene Hyperglykämie (&gt;140mg/dl)</li> <li>• Rekapillarierungszeit &gt;2s (RKZ)</li> <li>• anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie</li> <li>• neu oder vermehrte Apnoe(en) (&gt;20s)</li> </ul> <p>Hinweise für Sepsis Definitionen</p>
--	--	--	--

			<p>*Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind.          **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p><b>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</b>          Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein)          UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt;38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (&lt;36.5 °C)</li> <li>• Tachykardie (&gt; 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (&lt;80/min)</li> <li>• Rekapillarierungszeit (RKZ) &gt;2s</li> <li>• unerklärte metabolische Azidose (BE &lt; -10 mval/l)</li> <li>• neu aufgetretene Hyperglykämie (&gt;140mg/dl)</li> <li>• anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie</li> <li>• neu oder vermehrte Apnoe(en) (&gt;20s)</li> </ul> <p>Hinweise für Sepsis Definitionen          * Koagulase negative Staphylokokken</p>
--	--	--	---

			<p><b>**Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</b></p> <p><b>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</b>          KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert          UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CRP &gt;2,0mg/dl oder Interleukin**</li> <li>• Thrombozyten &lt; 100/nl</li> <li>• I/T-Ratio &gt;0,2 (unreife Granulozyten / gesamt Granulozyten)</li> <li>• Leukozyten &lt; 5/nl (ohne Erythroblasten)</li> </ul> <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt;38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (&lt;36.5 °C)</li> <li>• Tachykardie (&gt; 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (&lt;80/min)</li> <li>• unerklärte metabolische Azidose (BE 10 mval/l)</li> <li>• neu aufgetretene Hyperglykämie (&gt;140mg/dl)</li> <li>• anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie</li> <li>• Rekapillarierungszeit &gt;2s</li> <li>• neu oder vermehrte Apnoe(en) (&gt;20s)</li> </ul> <p>Hinweise für Sepsis Definitionen</p>
--	--	--	--

			<p>*Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind.                  **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.                  NRZ 2016</p> <p><b>Hinweis:</b>Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todestag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.</p>
<b>wenn Sepsis/SIRS = ja</b>			
63	Datum des Sepsis- <del>SIRS</del> Beginns	□□.□□.□□□□	Hier ist das Datum der ersten Sepsis- <del>SIRS</del> im aktuellen Aufenthalt anzugeben.
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
64	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren.</li> <li>• Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten im aktuellen Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren.</li> </ul> <p>Es gilt die Pneumonie-Definition des Surveillance-Protokolls NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance</p>

			<p>von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes):</p> <p>Für die Diagnose einer Pneumonie wird ein radiologischer Befund in Kombination mit einer Verschlechterung der Oxygenierung und zusätzlich vier weitere klinische/laborchemische Zeichen gefordert:</p> <p>EINEN radiologischen Befund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neues oder progressives Infiltrat</li> <li>• Verschattung</li> <li>• Flüssigkeit im Interlobär- oder Pleuraspalt</li> </ul> <p>UND Verschlechterung des Gasaustausches, Sättigungsabfall UND VIER der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neu auftretende bzw. vermehrte Bradykardie (&lt; 80/min) oder neu/vermehrte Tachykardie (&gt; 200/min)</li> <li>• neu/vermehrte Tachypnoe (&gt; 60/min) oder neu/vermehrte Apnoe (&gt; 20 s)</li> <li>• eitriges Trachealsekret</li> <li>• Keim aus Trachealsekret</li> <li>• neu/vermehrte Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügeln, Stöhnen)</li> <li>• Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie</li> <li>• vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen)</li> <li>• CRP &gt; 2.0 mg/dl oder Interleukin*</li> <li>• I/T-Ratio &gt; 0.2</li> </ul> <p><u>Hinweise für Pneumonie-Definition:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschlechterung des Gasaustausches             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg FiO<sub>2</sub>-Bedarf &gt; 10 % innerhalb von 24 h oder</li> <li>○ Beginn einer mechanische</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--	--

			<p>n Ventilation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eitriges Trachealsekret             <ul style="list-style-type: none"> <li>Sekret aus tiefen Atemwegen mit <math>\geq 25</math> neutrophile Granulozyten und <math>\leq 10</math> Epithelzellen pro Gesichtsfeld (x100)</li> </ul> </li> </ul> <p>*Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>NRZ 2016</p> <p><b>Hinweis:</b> Pneumonien sind <b>unabhängig</b> von einer wie in der Neo-KISS-Erfassung definierten Gewichtsgrenze von 1800 g zu dokumentieren.</p>								
<b>wenn Pneumonie = ja</b>											
65	Datum des Pneumonie-Beginns	□□.□□.□□□□	Hier ist das Datum der ersten Pneumonie im aktuellen Aufenthalt anzugeben.								
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>											
66	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Bitte dokumentieren Sie "ja", wenn eine NEK ab einem Stadium II (Klassifikation adaptiert nach Bell et al. (1978), Walsh &amp; Kliegman (1986) und Lin &amp; Stoll (2006)) vorliegt. Bei Vorliegen einer NEK mit einem Stadium von maximal list hier "nein" zu dokumentieren.</p> <p>Modifizierte Bell-Klassifikation der NEK:</p> <table border="1"> <tr> <td>NEK-Stadium</td> <td>Ze</td> </tr> <tr> <td>I (Verdacht)</td> <td>Ur</td> </tr> <tr> <td>II (Definitiv)</td> <td>Dä m</td> </tr> <tr> <td>III (Fortgeschritten)</td> <td>Pe</td> </tr> </table> <p>Seit 2015 ist eine nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>Literatur:            Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, Brotherton T. Neonatal</p>	NEK-Stadium	Ze	I (Verdacht)	Ur	II (Definitiv)	Dä m	III (Fortgeschritten)	Pe
NEK-Stadium	Ze										
I (Verdacht)	Ur										
II (Definitiv)	Dä m										
III (Fortgeschritten)	Pe										

			<p>necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. Ann Surg 1978; 187 (1): 1-7</p> <p>Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. Pediatric Clinics of North America 1986; 33 (1):179-201</p> <p>Lin PW, Stoll BJ. Necrotising enterocolitis. The Lancet 2006; 368 (9543): 1271-83</p>
<b>wenn Feld 66 = 1</b>			
67	Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/>  1 = NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEK lag bereits bei Aufnahme vor	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
neu	<u>fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)</u>	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	<u>Hier ist eine umschriebene fokale Perforation zu dokumentieren, wenn keine weiteren entzündlichen oder nekrotischen Veränderungen an anderer Stelle des Darms (im Sinne einer NEK) vorliegen.</u>
<b>wenn Feld "fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)" = 1</b>			
neu	<u>Status bei Aufnahme</u>	<input type="checkbox"/>  1 = FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
68	Neugeborenen-Hörscreening	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Wenn in Ihrem Krankenhaus während des aktuellen stationären Aufenthaltes ein Hörtest durchgeführt wurde im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings, dokumentieren Sie bitte "ja", im aktuellen Aufenthalt". Wurde in einem vorherigen Aufenthalt ein Hörtest im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings durchgeführt, dokumentieren Sie bitte "ja, in einem vorherigen Aufenthalt". Sofern im aktuellen als auch im vorherigen Aufenthalt ein Hörtest durchgeführt wurde, dokumentieren Sie bitte "ja, im aktuellen Aufenthalt".
<b>Operation(en) und Prozeduren</b>			
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
69	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja</b>			
70.1	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja, Lasertherapie oder	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine ROP-OP oder Therapie während des aktuellen

		Kryotherapie 2 = ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie 3 = ja, sonstige	stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
70.2	OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	<input type="checkbox"/>  0 = nein, keine invasive Intervention 1 = ja, Laparotomie 2 = ja, Drainage/Lavage 3 = ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine NEK-OP oder Therapie während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
70.3	OP eines Hydrozephalus	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine OP eines Hydrozephalus während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
<b>Entlassung / Verlegung</b>			
71	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
72	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt	□□:□□	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
73	Körpergewicht bei Entlassung	□□□□  Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: >= 500 g	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
74.1	Kopfumfang bei Entlassung	□□,□  Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	-
74.2	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn Feld 26 IN(0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
75	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf	<input type="checkbox"/>  0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob das Kind mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf entlassen oder verlegt wurde.
76	Entlassungsgrund	□□  siehe Schlüssel <u>21</u> "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	Hinweis: der Begriff 'Rückverlegung' umfasst 1. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es nach längerem Aufenthalt im eigenen Haus für wenige Tage zu einer Operation verlegt hatte. 2. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es unmittelbar nach der Geburt zur anfänglichen intensiven Versorgungsphase verlegt hatte.
<b>wenn Feld 76 IN ('06';'08') und wenn Feld 26 IN (0;LEER) und wenn Feld 18 &gt;= 22</b>			
77	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/>  1 = ja	-
<b>wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" &lt;&gt; 1</b>			
78	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "06

			=Verlegung in ein anderes Krankenhaus" oder "08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)" beantwortet worden ist.
<b>wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" &lt;&gt; 1</b>			
79	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
<b>wenn Entlassungsgrund = Tod</b>			
80	Todesursache	□□□.□□ <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
81	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen  ICD-10-GM <a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a>	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog.

## Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>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</p>
----------------------------------	--

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

4390 = Kinderchirurgie  
 4391 = Kinderchirurgie  
 4392 = 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

<p> 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 5 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, Nachtklinik  2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik  2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik  2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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/Nachtklinik (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 </p>
--

	<p>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</p>
<p>Schlüssel <u>2-1</u>  "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung  25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>

## Anwenderinformation QS-Filter

### Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

#### Textdefinition

Patienten ab einem Alter von 18 Jahren mit Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden: Ambulant erworbene Pneumonien.

#### Algorithmus

##### Algorithmus als Formel

ALTER >= 18 UND (HDIAG IN PNEU\_ICD ODER (DIAG EINSIN PNEU\_ICD UND HDIAG IN SEPSIS\_ICD)) UND DIAG KEINSIN PNEU\_ICD\_EX UND PROZ KEINSIN PNEU\_OPS\_EX

##### Algorithmus in Textform

Alter am Aufnahmetag >= 18  
und  
(Mindestens eine Einschluss- Hauptdiagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD  
Oder  
(mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD  
und  
mindestens eine Einschluss-Hauptdiagnose aus der Tabelle SEPSIS\_ICD))  
und  
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle PNEU\_ICD\_EX  
und  
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle PNEU\_OPS\_EX

##### Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020/2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2022/2023

##### Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2020/2021' UND AUFNDATUM <= '31.12.2020/2021' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2021/2022')

##### Diagnose(n) der Tabelle PNEU\_ICD

###### ICD-Kode Titel

A48.1	Legionellose mit Pneumonie
B01.2	Varizellen-Pneumonie
J10.0	Grippe mit Pneumonie, saisonale Influenzaviren nachgewiesen
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen
J12.0	Pneumonie durch Adenoviren
J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]
J12.2	Pneumonie durch Parainfluenzaviren
J12.3	Pneumonie durch humanes Metapneumovirus
J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken

J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
J85.1	Abszess der Lunge mit Pneumonie

### Diagnose(n) der Tabelle SEPSIS\_ICD

#### ICD-Kode Titel

A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Sepsis: Pseudomonas
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet

### Diagnose(n) der Tabelle PNEU\_ICD\_EX

#### ICD- Kode Titel

B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Folikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Folikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Folikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Folikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Folikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Folikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom

- C83.1 Mantelzell-Lymphom
- C83.3 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
- C83.5 Lymphoblastisches Lymphom
- C83.7 Burkitt-Lymphom
- C83.8 Sonstige nicht folliculäre Lymphome
- C83.9 Nicht folliculäres Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C84.0 Mycosis fungoides
- C84.1 Sézary-Syndrom
- C84.4 Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert
- C84.5 Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
- C84.6 Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
- C84.7 Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
- C84.8 Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C84.9 Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C85.1 B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C85.2 Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
- C85.7 Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C85.9 Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
- C86.0 Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
- C86.1 Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom
- C86.2 T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
- C86.3 Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
- C86.4 Blastisches NK-Zell-Lymphom
- C86.5 Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
- C86.6 Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
- C88.00 Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.20 Sonstige Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.30 Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.40 Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.41 Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
- C88.70 Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C88.90 Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.00 Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.10 Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.20 Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C90.30 Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.00 Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.10 Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.30 Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.40 Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.41 Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
- C91.50 Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.60 Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.70 Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.80 Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C91.81 Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
- C91.90 Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.00 Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.10 Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.20 Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.30 Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.40 Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.50 Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.60 Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormalität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.70 Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.80 Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C92.90 Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.00 Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.10 Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.30 Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C93.70 Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission

- C93.90 Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.00 Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.20 Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.30 Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.40 Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.60 Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.61 Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
- C94.70 Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C94.8 Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
- C95.00 Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.10 Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.70 Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C95.90 Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
- C96.0 Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
- C96.2 Bösartiger Mastzelltumor
- C96.4 Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
- C96.5 Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
- C96.6 Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
- C96.7 Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- C96.8 Histozytisches Sarkom
- C96.9 Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
- D45 Polycythaemia vera
- D47.0 Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntes Verhalten
- D47.1 Chronische myeloproliferative Krankheit
- D47.4 Osteomyelofibrose
- D47.5 Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
- D47.9 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhalten des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
- D70.0 Angeborene Agranulozytose und Neutropenie
- D70.10 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 4 Tage
- D70.11 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage
- D70.12 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 20 Tage und mehr
- D70.13 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 4 Tage bis unter 7 Tage
- D70.14 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 7 Tage bis unter 10 Tage
- D70.18 Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie
- D70.19 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet
- D70.3 Sonstige Agranulozytose
- D70.5 Zyklische Neutropenie
- D70.6 Sonstige Neutropenie
- D70.7 Neutropenie, nicht näher bezeichnet
- D71 Funktionelle Störungen der neutrophilen Granulozyten
- D72.0 Genetisch bedingte Leukozytenanomalien
- D76.1 Hämophagozytäre Lymphohistiozytose
- D76.2 Hämophagozytäres Syndrom bei Infektionen
- D76.3 Sonstige Histiozytose-Syndrome
- D80.0 Hereditäre Hypogammaglobulinämie
- D80.1 Nichtfamiliäre Hypogammaglobulinämie
- D81.0 Schwere kombinierter Immundefekt [SCID] mit retikulärer Dysgenese
- D81.1 Schwere kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger T- und B-Zellen-Zahl
- D81.2 Schwere kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger oder normaler B-Zellen-Zahl
- D81.3 Adenosinaminase[ADA]-Mangel
- D81.4 Nezelof-Syndrom
- D81.5 Purinnukleosid-Phosphorylase[PNP]-Mangel
- D81.6 Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-I-Defekt [MHC-Klasse-I-Defekt]
- D81.7 Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-II-Defekt [MHC-Klasse-II-Defekt]
- D81.8 Sonstige kombinierte Immundefekte
- D81.9 Kombiniertes Immundefekt, nicht näher bezeichnet
- D82.0 Wiskott-Aldrich-Syndrom
- D82.1 Di-George-Syndrom
- D82.2 Immundefekt mit disproportioniertem Kleinwuchs
- D82.3 Immundefekt mit hereditär defekter Reaktion auf Epstein-Barr-Virus

- D82.8 Immundefekte in Verbindung mit anderen näher bezeichneten schweren Defekten
- D82.9 Immundefekt in Verbindung mit schwerem Defekt, nicht näher bezeichnet
- D83.0 Variabler Immundefekt mit überwiegenden Abweichungen der B-Zellen-Zahl und -Funktion
- D83.1 Variabler Immundefekt mit überwiegenden immunregulatorischen T-Zell-Störungen
- D83.2 Variabler Immundefekt mit Autoantikörpern gegen B- oder T-Zellen
- D83.8 Sonstige variable Immundefekte
- D83.9 Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet
- D84.0 Lymphozytenfunktion-Antigen-1[LFA-1]-Defekt
- D84.1 Defekte im Komplementsystem
- D90 Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
- T86.00 Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen
- T86.01 Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad I und II
- T86.02 Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV
- T86.05 Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, mild
- T86.06 Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, moderat
- T86.07 Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, schwer
- T86.09 Graft-versus-Host-Krankheit, nicht näher bezeichnet
- T86.10 Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
- T86.11 Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
- T86.12 Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion
- T86.19 Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates
- T86.2 Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates
- T86.3 Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates
- T86.40 Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
- T86.41 Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
- T86.49 Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates
- T86.81 Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat
- T86.82 Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat
- U69.01 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
- U69.02 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- U69.03 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- Z94.0 Zustand nach Nierentransplantation
- Z94.1 Zustand nach Herztransplantation
- Z94.2 Zustand nach Lungentransplantation
- Z94.3 Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation
- Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation
- Z94.80 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
- Z94.81 Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
- Z94.88 Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
- Z95.80 [Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems](#)

### Prozedur(en) der Tabelle PNEU OPS\_EX

OPS-Kode	Titel
8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten
8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage
8-559.30	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche



## Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

### Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
<b>Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ <a href="http://www.arge-ik.de">http://www.arge-ik.de</a>	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.  <b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	aufnehmender Standort	□□□□□□□□	Der "aufnehmende Standort" entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.
4	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	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.  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.  <b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	Fachabteilung	□□□□  siehe Schlüssel 4 "Fachabteilungen" § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-



			<p><b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>          1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<del>2020</del>2021 bis zum 10.01.<del>2020</del>2021          2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2020</del>2021 bis zum 20.01.<del>2020</del>2021          Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2020</del>2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2020</del>2021.</p>
<b>Aufnahme</b>			
10	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.  0 = nein 1 = ja	Nicht gemeint ist betreutes Wohnen.
11	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind Patienten, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren.
12	chronische Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenseinweisung nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen  0 = nein 1 = ja	-
13	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint  0 = nein 1 = ja	Wenn die Aufnahme unter Reanimationsbedingungen erfolgt und sich eine invasive maschinelle Beatmung anschließt, ist ebenfalls "ja" zu dokumentieren.
<b>wenn Feld 13 = 0</b>			
14	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	<input type="checkbox"/> Qualitative Beurteilung bei Aufnahme  0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt 9 = nicht beurteilbar	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores - zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82.  <b>Übersetzung der Kriterien</b>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</div>

			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">Initial</th> <th style="width: 90%;">Beschreibung</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C</b></td> <td>Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>R</b></td> <td>Atemfrequenz <math>\geq 30</math>/min</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <math>\leq 60</math> mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) <math>&lt; 90</math> mmHg.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>65</b></td> <td>Alter <math>\geq 65</math> Jahre</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen</th> </tr> <tr> <th style="width: 20%;">Risikoklasse</th> <th style="width: 30%;">Erwartete Sterblichkeit</th> <th style="width: 50%;">Gesamtpunktzahl CRB-65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">niedrig</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">mittel</td> <td style="text-align: center;">1-2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">hoch</td> <td style="text-align: center;">3-4 und beatmete Patienten</td> </tr> </tbody> </table>	Initial	Beschreibung	<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min	<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90$ mmHg.	<b>65</b>	Alter $\geq 65$ Jahre	Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen			Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2	3	hoch	3-4 und beatmete Patienten
Initial	Beschreibung																											
<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																											
<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min																											
<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90$ mmHg.																											
<b>65</b>	Alter $\geq 65$ Jahre																											
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																												
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																										
1	niedrig	0																										
2	mittel	1-2																										
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																										
<b>wenn Feld 13 = 0</b>																												
15.1	spontane Atemfrequenz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bei Aufnahme  Angabe in: Atemzüge/min Gültige Angabe: 1 - 60 Atemzüge/min	<p>Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute bei der Aufnahme. Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt folgendes, standardmäßiges Vorgehen zur Bestimmung der Atemfrequenz:                      Die Messung der Atemfrequenz erfolgt entweder durch visuelle Beobachtung der Thoraxexkursionen oder (insbesondere bei flacher Atmung geeigneter) durch Auflegen der Hand auf den mittleren Thorax des Patienten und Zählung der Atemzüge über 30 Sekunden; die Multiplikation mit dem Faktor zwei ergibt die Atemfrequenz. Dabei ist darauf zu achten, dass die Messung - wenn möglich - ohne Sauerstoffzufuhr durchgeführt wird. Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores zum Zeitpunkt der Aufnahme!                      Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82.</p> <p>Übersetzung der Kriterien</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</td> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Initial</th> <th style="width: 90%;">Beschreibung</th> </tr> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung																					
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																												
Initial	Beschreibung																											

			<table border="1"> <tr> <td><b>C</b></td> <td colspan="2">Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td><b>R</b></td> <td colspan="2">Atemfrequenz <math>\geq 30</math>/min</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td colspan="2">Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <math>\leq 60</math> mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) <math>&lt; 90</math> mmHg.</td> </tr> <tr> <td><b>65</b></td> <td colspan="2">Alter <math>\geq 65</math> Jahre</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen</th> </tr> <tr> <th>Risikoklasse</th> <th>Erwartete Sterblichkeit</th> <th>Gesamtpunktzahl CRB-65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>niedrig</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>mittel</td> <td>1-2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>hoch</td> <td>3-4 und beatmete Patienten</td> </tr> </tbody> </table>	<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person		<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min		<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90$ mmHg.		<b>65</b>	Alter $\geq 65$ Jahre		Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen			Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2	3	hoch	3-4 und beatmete Patienten
<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																													
<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min																													
<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90$ mmHg.																													
<b>65</b>	Alter $\geq 65$ Jahre																													
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																														
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																												
1	niedrig	0																												
2	mittel	1-2																												
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																												
15.2	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> bei Aufnahme 1 = ja	Die Messung der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme ist Bestandteil der Risikoadjustierung. Fälle, bei denen die Atemfrequenz nicht gemessen wurde, werden in der niedrigsten Atemrisikogruppe berücksichtigt. Hier ist auch dann "ja" anzugeben, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist.																											
<b>wenn Feld 13 = 0</b>																														
16	Blutdruck systolisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erste Messung bei Aufnahme Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 349 mmHg Angabe ohne Warnung: 61 - 249 mmHg	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores - zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. <b>Übersetzung der Kriterien</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th>Beschreibung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>C</b></td> <td>Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td><b>R</b></td> <td>Atemfrequenz <math>\geq 30</math>/min</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <math>\leq 60</math> mmHg oder</td> </tr> </tbody> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min	<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder																	
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																														
Initial	Beschreibung																													
<b>C</b>	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																													
<b>R</b>	Atemfrequenz $\geq 30$ /min																													
<b>B</b>	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60$ mmHg oder																													

			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>systolischer Blutdruck (SBP) &lt; 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter &gt;= 65 Jahre</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen</th> </tr> <tr> <th>Risikoklasse</th> <th>Erwartete Sterblichkeit</th> <th>Gesamtpunktzahl CRB-65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>niedrig</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>mittel</td> <td>1-2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>hoch</td> <td>3-4 und beatmete Patienten</td> </tr> </tbody> </table>		systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.	65	Alter >= 65 Jahre	Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen			Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2	3	hoch	3-4 und beatmete Patienten					
	systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.																										
65	Alter >= 65 Jahre																										
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																											
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																									
1	niedrig	0																									
2	mittel	1-2																									
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																									
17	Blutdruck diastolisch	<p>□□□ Erste Messung bei Aufnahme</p> <p>Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 159 mmHg Angabe ohne Warnung: 41 - 119 mmHg</p>	<p>Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores - zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82.</p> <p><b>Übersetzung der Kriterien</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th>Beschreibung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C</td> <td>Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td>Atemfrequenz &gt;= 30/min</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) &lt;= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) &lt; 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter &gt;= 65 Jahre</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen</th> </tr> <tr> <th>Risikoklasse</th> <th>Erwartete Sterblichkeit</th> <th>Gesamtpunktzahl CRB-65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>niedrig</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>mittel</td> <td>1-2</td> </tr> </tbody> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz >= 30/min	B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.	65	Alter >= 65 Jahre	Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen			Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																											
Initial	Beschreibung																										
C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																										
R	Atemfrequenz >= 30/min																										
B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.																										
65	Alter >= 65 Jahre																										
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																											
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																									
1	niedrig	0																									
2	mittel	1-2																									

			<table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>hoch</td> <td>3-4 und beatmete Patienten</td> </tr> </table>	3	hoch	3-4 und beatmete Patienten
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten				
18	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	<input type="checkbox"/> 0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	<p>Eine Sauerstoffmangelversorgung ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (Meehan et al. 1997; Alberta Medical Association 2006).                      Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild des Patienten noch nicht erkennbar sind.</p> <p>Weder Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes weder eine <b>arterielle bzw. kapilläre</b> Blutgasanalyse noch eine Pulsoxymetrie durchgeführt wurde.  <b>Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung 4 Stunden noch nicht vollendet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt der Untersuchung erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen die Untersuchung bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben.  <b>4 bis unter 8 Stunden</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus angezählt bis zur Untersuchung mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind.  <b>8 Stunden und später</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung mindestens 8 Stunden vollendet sind.</p>			
<b>wenn Feld 18 IN (1;2;3)</b>						
neu	<u>erste Sauerstoffsättigung</u>	<input type="checkbox"/> <u>nach Aufnahme</u>  0 = unter 90% 1 = mindestens 90% 2 = unter 90% mit <u>Sauerstoffgabe</u> 3 = mindestens 90% mit <u>Sauerstoffgabe</u>	<p><u>Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse.</u></p> <p><u>Nach klinischer Möglichkeit sollten Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie bei der Messung Raumluft atmen und bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie sollte die Messung unter der Sauerstofflaufrate erfolgen, die der Patient aufgrund seiner Grunderkrankung dauerhaft erhält.</u></p>			
19	initiale antimikrobielle Therapie	<input type="checkbox"/> 0 = keine antimikrobielle Therapie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später 4 = Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	<p>Bei der Verabreichung der antimikrobiellen Therapie im Krankenhaus ist die Uhrzeit der Verabreichung in der Patientenakte mit anzugeben. Aus der Differenz zwischen der Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus und der Verabreichung der Medikation kann das Zeitintervall genau bestimmt werden.  <u>Keine antimikrobielle Therapie</u> bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine antibiotische Therapie verabreicht wurde.  <b>Innerhalb der ersten 4 Stunden nach</b></p>			

			<p><b>Aufnahme</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie 4 Stunden noch nicht vollendet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt des Beginns der antimikrobiellen Therapie erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen der Beginn der antimikrobiellen Therapie bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben.</p> <p><b>4 bis unter 8 Stunden</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind.</p> <p><b>8 Stunden und später</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie mindestens 8 Stunden vollendet sind.</p> <p>"Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie" setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.</p>
<b>Verlauf</b>			
20	Beginn der Mobilisation	<input type="checkbox"/> mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe)  0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	<p><b>Keine Mobilisierung</b> bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat.</p> <p><b>Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind.</p> <p><b>24 Stunden und später</b> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt mindestens 24 Stunden vollendet sind.</p> <p>Mobilisation wird definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder</li> <li>• Gehen</li> </ul> <p><b>jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten.</b>  <b>Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden.</b></p> <p>Referenz: Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Chest. 2003;124:883-9.</p>
21	maschinelle Beatmung	<input type="checkbox"/> nicht-invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	-

		<p>0 = nein                  1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv                  2 = ja, ausschließlich invasiv                  3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv</p>	
22	<p>Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><del>Hinweise in der Patientenakte wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend, um „ja“ anzugeben.</del></p> <p>0 = nein                  1 = ja</p>	<p>Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich <u>dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht erfolgte.</u></p> <p><del>ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder "therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend.</del></p> <p>Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. <u>Das Patientenrechtegesetz-Das BGB</u> in § 630-f <u>BGB</u> "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende <u>AbätzeSätze</u>:  <u>"(1) Satz 1</u> "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen."  <u>(2) Satz 1</u> "Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen."</p>
wenn Feld 22 = 1			
23	Datum des Eintrags in der Patientenakte	□□.□□.□□□□	-
<b>Entlassung</b>			
24	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung                  Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>                  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>20202021</u> bis zum 10.01.<u>20202021</u>                  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>20202021</u> bis zum 20.01.<u>20202021</u>                  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>20202021</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>20202021</u></p>
25	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1.□□□.□□                  2.□□□.□□</p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in</p>

		<p>3.□□□.□□          4.□□□.□□          5.□□□.□□          6.□□□.□□          7.□□□.□□          8.□□□.□□          9.□□□.□□          10.□□□.□□          ...          30.□□□.□□          alle Entlassungsdiagnosen,          die in inhaltlichem          Zusammenhang mit der in          diesem Leistungsbereich          dokumentierten Leistung          stehen</p> <p>ICD-10-GM</p> <p><a href="http://www.dimdi.de">http://www.dimdi.de</a></p>	<p>inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.          Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr <del>2024</del><del>2022</del> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2020</del><del>2021</del> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <del>2020</del><del>2021</del> aufgenommen worden ist.</p>
26	Entlassungsgrund	<p><input type="checkbox"/></p> <p>siehe Schlüssel <del>2</del><del>1</del>          "Entlassungsgrund"          § 301-Vereinbarung:  <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a></p>	-
<p><b>Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung</b></p> <p>wenn Feld 26 &lt;&gt; '07'</p>			
27	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	<p><input type="checkbox"/></p> <p>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung</p> <p>0 = nein          1 = ja, pneumoniebedingt          2 = ja, nicht pneumoniebedingt</p>	<p><b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b>          Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.</p>
28	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	<p><input type="checkbox"/></p> <p>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung</p> <p>0 = nein          1 = ja</p>	<p>Damit ist die Fähigkeit des Patienten gemeint, die oral/enteral aufgenommene Nahrung zu vertragen. Patienten mit Malabsorptionskrankheiten oder Maldigestionskrankheiten, die eine Langzeit-Sondenernährung wegen der Grundkrankheit und unabhängig von der Behandlung der Pneumonie erhalten, werden als stabil eingestuft, wenn sie die Nahrung über die Sonde vertragen können. Eine vom Arzt neu angeordnete enterale Nahrungskarenz gilt als instabil. Als Instabilität bei der Nahrungsaufnahme gilt auch eine kalorisch nicht ausreichende Nahrungszufuhr.</p> <p><b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b>          Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit</p>

			Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.
29	spontane Atemfrequenz	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung  1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute. Der Patient wird also nicht maschinell beatmet.  <b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b>
30	Herzfrequenz	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung  1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt	<b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b> Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.
31	Temperatur	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung  1 = maximal 37,8°C 2 = über 37,8°C 3 = nicht bestimmt	<b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b>
32	Sauerstoffsättigung	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung  1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt	Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie sollen bei der Untersuchung Raumluft atmen. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen. <b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b>
33	Blutdruck systolisch	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung  1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	<b>Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.</b> Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.

## 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

	<p>3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie  3100 = Psychosomatik/Psychotherapie  3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik  3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)  3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (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 = Visceratchirurgie  3790 = Sonstige Fachabteilung  3791 = Sonstige Fachabteilung  3792 = Sonstige Fachabteilung</p>
Schlüssel <u>2-1</u> "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet  02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  07 = Tod  08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  11 = Entlassung in ein Hospiz</p>

	<p>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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung          25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)</p>
--	--

## Erläuterungen zum Minimaldatensatz

In der klinischen Praxis können im Ausnahmefall Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, z.B. bei Abbruch des Eingriffs.

### Regelung zur Nutzung des Minimaldatensatzes

Eine Dokumentation ist nicht abschlussfähig, wenn der Abschluss und Export des Bogens nicht möglich ist, ohne fehlerhafte oder nicht wahrheitsgemäße Angaben zu machen. In diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz anzulegen.

### Beispiele

In diesem Dokument finden Sie Beispiele für diese Ausnahmesituationen. In den beschriebenen und in vergleichbaren Situationen ist ein Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren.

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
Alle (z.B. 09/1) außer HTXM	Vorzeitiger Abbruch einer Operation	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein MDS zu dokumentieren.</p> <p><b>OPS-Kode:</b> 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</p> <p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen.</p>
Alle TX-Module (z.B. HTXM) und Le-	Richtlinienänderungen der Bundesärztekammer o.ä.	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Im Bereich der Transplantationen gibt es z.B. verpflichtend zu berücksichtigende Richtlinien der Bundesärztekammer. Werden diese kurzfristig aktualisiert bzw. Vorgaben geändert oder neu integriert, so kann dies erst mit einer Verzögerung in der Spezifikation der QS-Dokumentationsbögen berücksichtigt werden. Unter Umständen kann daher ein QS-Dokumentationsbogen nicht korrekt abgeschlossen werden. In diesen Fällen ist mit dem</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
bend-spenden (z.B. LLS)		IQTIG Rücksprache zu halten, ob ein MDS angelegt werden kann oder wie bei der Dokumentation vorgegangen werden soll. Nicht schriftlich durch das IQTIG genehmigte Datensätze werden als nicht gelieferter Datensatz gewertet.
09/1	permanente epikardiale Schrittmacher	<p><b>Minimaldatensatz:</b> Wenn es sich um permanente <b>epikardiale</b> Schrittmacher handelt, ist ein Minimaldatensatz anzulegen. <b>OPS-Kode: 5-377.0</b> (Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders, Schrittmacher, n.n.bez.)</p> <p><b>Regulärer Datensatz:</b> Wenn es sich um permanente <b>transvenöse</b> Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren.</p>
09/1	temporäre Schrittmacher	<p><b>Minimaldatensatz:</b> Wenn es sich um <b>temporäre</b> Schrittmacher handelt, die über den OPS-Kode 5-377.x kodiert wurden, ist ein Minimaldatensatz anzulegen. Hinweis: temporäre Schrittmacher sind nicht QS-relevant und in der Regel zu kodieren mit:</p> <p><b>8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus</b> <i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p><b>8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus</b> <i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p><b>8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ</b> <b>Hinweis:</b> Der Kode <b>8-643</b> ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird.</p> <p><b>Regulärer Datensatz:</b> Wenn es sich um <b>permanente</b> transvenöse Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren.</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
10/2	besondere Indikationen	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Ein Ziel der Qualitätssicherung ist die angemessene Indikationsstellung und eine hohe Qualität der operativen oder interventionellen Behandlung von Stenosen der Arteria carotis. Neben der Stenose, mit oder ohne akutem Schlaganfall, gibt es andere Indikationsstellungen, die hier nicht betrachtet werden sollen (z.B. ein tumorbedingter Einbruch in die Arteria carotis). In diesen Fällen können manche Datenfelder nicht sinnvoll ausgefüllt werden. Sollten solche Indikationen über den QS-Filter zur Auslösung der Dokumentationspflicht führen, wird empfohlen, nur einen MDS anzulegen.</p>
16/1	induzierte Schwangerschaftsabbrüche	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Es kann sein, dass in seltenen Fällen die QS-Dokumentationspflicht durch die Kodierung von geburtshilflichen Prozedurenkodens bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von unter 500 g und bei (Spät-) Aborten (Fetalgewicht unter 500 g <u>und unter 24+0 Schwangerschaftswochen</u>) ausgelöst wird. Bei Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von über 500 g <u>oder unter 500 g und über 24+0 Schwangerschaftswochen</u> wird bei Anwendung der deutschen Kodierrichtlinien die QS-Dokumentationspflicht über die ICD-Kodierung (z.B. Z.37.1!) ausgelöst.</p> <p>Induzierte Schwangerschaftsabbrüche sollen unabhängig vom Fetalgewicht, jedoch nicht in der externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe, erfasst werden. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</p> <p><del>Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines MDS nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder Abort handelt.</del></p>
16/1	Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g <u>und unter 24+0 Schwangerschaftswochen</u>	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Auch (Spät-) Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g <u>und unter 24+0 Schwangerschaftswochen</u>, bei denen der QS-Filter aufgrund von geburtshilflichen OPS- Prozeduren die Dokumentationspflicht auslöst, sind über den MDS zu dokumentieren.</p> <p>Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtennummer vergeben wird (Fetalgewicht unter 500 g <u>und unter 24+0 Schwangerschaftswochen</u>, gemäß Personenstandsgesetz), einen eigenen Nummernkreis (9999) anzulegen und die Fälle so über den geburtshilflichen Datensatz zu dokumentieren. Durch die Möglichkeit eines MDS entfällt diese Regelung.</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<del>Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines MDS nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder Abort handelt.</del>
16/1	anonyme Geburten	<b>Minimaldatensatz:</b> Bei anonymen Geburten liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
<u>17/1</u>	<u>Knochenfraktur beim Einsetzen einer Gelenkprothese</u>	<b>Minimaldatensatz:</b> <u>Knochenfrakturen, die beim Einsetzen einer Gelenkprothese auftreten und während der Endoprothesenoperation osteosynthetisch versorgt werden, können den Bogen auslösen, ohne dass dieser abgeschlossen werden kann. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</u>
18/1	Axilläre Lymphknoten-OP bei Melanom	<b>Minimaldatensatz:</b> Die operative Entfernung von axillären Lymphknoten aufgrund eines Melanoms ist im Rahmen des QS-Verfahrens Mammachirurgie nicht relevant. Je nach Lokalisation verwendeter OPS-Kodes und begleitender ICD-Kodes (Nebendiagnosen) kann eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 ausgelöst werden. Hier ist dann ein MDS zu dokumentieren, wenn die OPS (Filter-OPS des QS-Verfahrens Mammachirurgie) ausschließlich aufgrund der Diagnose Melanom erfolgt.
DEK	Reanimation des Patienten oder Tod bei Aufnahme	<b>Minimaldatensatz:</b> Wird ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.
DEK	Zweite Aufnahme z.B. zur Rückverlegung eines Anus praeter	<b>Minimaldatensatz:</b> Wird ein Patient z.B. für eine operative Versorgung eines Dekubitus aufgenommen und deswegen ein Anus praeter angelegt, kann es bei einer zweiten Aufnahme des Patienten zur Rückverlegung des Anus praeter sein, dass als Hauptdiagnose der Dekubitus angegeben werden muss.  In diesem Fall ist für den zweiten Aufenthalt ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
HEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Hüft-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.</p> <p><b>OPS-Kodes:</b> TEP_Implantation und TEP-Wechsel</p>
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer subtrochantären Fraktur, Femurschaftfraktur oder distalen Fraktur	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren</p>
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Die Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, ist im Teildatensatz „Hüftgelenknahe Femurfraktur“ im regulären Datensatz zu dokumentieren</p>
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese nach „Cut out“ oder Pseudarthrose	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Die Erstimplantation einer Endoprothese nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung mit nachfolgendem Cut out oder nachfolgender Pseudarthrose ist im Teildatensatz „Elektive Erstimplantation“ im regulären Datensatz zu dokumentieren</p>
HEP	Wechsel einer Endoprothese und Periprothetische Fraktur	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Periprothetische Frakturen wie beispielsweise distale oder subtrochantäre Frakturen bei liegender Prothese sind im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
HEP	Zweizeitiger Wechsel	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Gegebenenfalls sollte bei Kodierung des zweizeitigen Wechsel mit einem Implantationskode, der Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) dokumentiert werden.</p>
KEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Knie-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.</p> <p><b>OPS-Kodes:</b> TEP_Implantation und TEP-Wechsel</p>
KEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund kniegelenksnaher Fraktur	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>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 im Minimaldatensatz zu dokumentieren.</p>
KEP	Zweizeitiger Wechsel	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Die DIMDI Empfehlung zur Kodierung des zweizeitigen Wechsel ggf. mit einem Implantationskode und dem Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) ist zu beachten.</p>
LUTX	Autotransplantation	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Der operative Eingriff einer Entnahme/Ex-situ-Resektion mit folgender Reimplantation der Lunge bzw. eines Lungenflügels wird auch als „Autotransplantation“ bezeichnet, ist jedoch keine Transplantation von Spender zu Empfänger. Für diese Methode ist aktuell kein separater OPS-Kode definiert.</p> <p>In diesem Fall ist daher ein MDS anzulegen und dem IQTIG der Vorgang entsprechend mitzuteilen.</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
NEO	Zuverlegung nach keiner kontinuierlichen Behandlung nach dem 7. Lebenstag	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten 120 Lebenstage in ein Krankenhaus zuverlegt werden, soll eine Dokumentation für das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder spätestens ab ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden.</p> <p>Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Abrechnungsdaten (§ 301 SGB V, § 21 Abs. 4 KHEntgG), nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (die zwischen 8 und 120 Lebenstagen von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen <b>und</b> von dort in ein weiteres Krankenhaus <b>verlegt</b> werden und eine Auslösebedingung aufweisen) eine Dokumentationspflicht. Da diese Fälle im zweiten (oder weiteren) Krankenhaus nicht für die externe vergleichende Qualitätssicherung erfasst werden sollen, ist in diesen Fällen ein MDS zu verwenden.</p>
NEO	<u>Stationärer Aufenthalt aufgrund nicht eigener Erkrankung</u> <u>Behandlungsgrund: Erkrankung der Mutter</u>	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Für <u>reifegeborene, gesunde Kinder, die mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten SSW-Schwangerschaftswochen, die nicht aufgrund eigener Erkrankung länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden im Krankenhaus verweilen müssen (z. B. aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2)) geboren sind, länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden und aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2) behandelt werden</u>, soll ein MDS angelegt werden.</p>
NEO	Babyklappen-Kinder	<p><b>Minimaldatensatz:</b></p> <p>Bei Babyklappen-Kindern liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</p>
NEO	Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit	<p><b>Regulärer Datensatz:</b></p> <p>Kinder, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die im Kreißsaal verstorben sind und die eine palliative Versorgung erhalten haben oder</li> <li>• bei denen eine letale Fehlbildung diagnostiziert wurde oder</li> <li>• die nach einer Interruptio Lebenszeichen zeigten</li> <li>• die ein Gestationsalter von <math>\leq 21+6</math> SSW haben</li> </ul>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
PNEU	Fälschlich ausgelöste Sekundärbehandlungen	<b>Minimaldatensatz:</b> Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden.

## Meldung zur methodischen Sollstatistik in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §§ 136ff. SGB V

Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß  
§ 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung  
(DeQS-RL).

zur Mitteilung an die zuständige Datenannahmestelle nach § 9 der DeQS-RL.

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	20 <del>20</del> 21
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
QS-Filter-Software / Version:	/
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	

## Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal <del>2020</del> 2021	2. Quartal <del>2020</del> 2021	3. Quartal <del>2020</del> 2021	4. Quartal <del>2020</del> 2021						
<u>QS Verfahren Cholezystektomie</u>											
CHE_LKG	<del>2019</del> 2020									-	
CHE_LKG	20 <del>20</del> 21									-	
<u>QS Verfahren Dekubitusprophylaxe</u>											
DEK	<del>2019</del> 2020									-	
DEK	20 <del>20</del> 21									-	
<u>QS Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</u>											
<u>15/1</u>	<u>2020</u>									=	
<u>15/1</u>	<u>2021</u>									=	
<u>QS Verfahren Herzschrittmacherversorgung</u>											
<u>09/1</u>	<u>2020</u>										
<u>09/1</u>	<u>2021</u>										
<u>09/2</u>	<u>2020</u>										
<u>09/2</u>	<u>2021</u>										

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 20 <u>2021</u>	2. Quartal 20 <u>2021</u>	3. Quartal 20 <u>2021</u>	4. Quartal 20 <u>2021</u>						
<u>09/3</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>09/3</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Hüftendoprothesenversorgung</u>											
<u>HEP</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>HEP</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</u>											
<u>17/1</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>=</u>	<u> </u>
<u>17/1</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>=</u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Implantierbare Defibrillatoren</u>											
<u>09/4</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>09/4</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>09/5</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>09/5</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>09/6</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 20 <u>2021</u>	2. Quartal 20 <u>2021</u>	3. Quartal 20 <u>2021</u>	4. Quartal 20 <u>2021</u>						
<u>09/6</u>	<u>2021</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>
<u>QS Verfahren Karotis-Revaskularisation</u>											
<u>10/2</u>	<u>2020</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	-	<u>          </u>
<u>10/2</u>	<u>2021</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	-	<u>          </u>
<u>QS Verfahren Knieendoprothesenversorgung</u>											
<u>KEP</u>	<u>2020</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>
<u>KEP</u>	<u>2021</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>
<u>QS Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen</u>											
<u>HCH</u>	<u>2020</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>
<u>HCH</u>	<u>2021</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>
<u>QS Verfahren Mammachirurgie</u>											
<u>18/1</u>	<u>2020</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	=	<u>          </u>
<u>18/1</u>	<u>2021</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	=	<u>          </u>
<u>QS Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen</u>											
<u>DIAL</u>	<u>2020</u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>	<u>          </u>

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 20 <u>20</u> 21	2. Quartal 20 <u>20</u> 21	3. Quartal 20 <u>20</u> 21	4. Quartal 20 <u>20</u> 21						
<u>DIAL</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>PNTX</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>PNTX</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Perinatalmedizin</u>											
<u>16/1</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>16/1</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>NEO</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>NEO</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</u>											
<u>PCI_LKG</u>	<u>2019</u> <u>20</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>:</u>	<u> </u>
<u>PCI_LKG</u>	<u>20</u> <u>20</u> <u>21</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>:</u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren ambulant erworbene Pneumonie</u>											
<u>PNEU</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>:</u>	<u> </u>
<u>PNEU</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>:</u>	<u> </u>

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal <u>2020</u>	2. Quartal <u>2020</u>	3. Quartal <u>2020</u>	4. Quartal <u>2020</u>						
<u>QS Verfahren Transplantationsmedizin</u>											
HTXM	<u>2020</u>										
HTXM	<u>2021</u>										
LLS	<u>2020</u>										
LLS	<u>2021</u>										
LTX	<u>2020</u>										
LTX	<u>2021</u>										
LUTX	<u>2020</u>										
LUTX	<u>2021</u>										
NLS	<u>2020</u>										
NLS	<u>2021</u>										
<u>QS Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen</u>											
NWIF	<u>2019</u> <u>20</u>									-	
NWIF	<u>2020</u> <u>21</u>									-	

**Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (Z):**

<u>Modul</u>	<u>Aufn.- Jahr</u>	<u>Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal</u>				<u>Datensätze aus DRG-Fällen</u>	<u>Datensätze aus iV-Fällen</u>	<u>Datensätze aus DMP-Fäl- len</u>	<u>Datensätze aus sonsti- gen Fällen</u>	<u>Anzahl GKV</u>	<u>Gesamt: Anzahl Datensätze</u>
		<u>1. Quartal 2021</u>	<u>2. Quartal 2021</u>	<u>3. Quartal 2021</u>	<u>4. Quartal 2021</u>						
<u>QS Verfahren Hüftendoprothesenversorgung</u>											
<u>HEP_IMP</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>HEP_IMP</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>HEP_WE</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>HEP_WE</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Knieendoprothesenversorgung</u>											
<u>KEP_IMP</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>KEP_IMP</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>KEP_WE</u>	<u>2020</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>KEP_WE</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>QS Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen</u>											
<u>KCHK_AK_CHIR</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>KCHK_AK_KATH</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>KCHK_KC</u>	<u>2021</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

<u>Modul</u>	<u>Aufn.- Jahr</u>	<u>Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal</u>				<u>Datensätze aus DRG-Fällen</u>	<u>Datensätze aus iV-Fällen</u>	<u>Datensätze aus DMP-Fäl- len</u>	<u>Datensätze aus sonsti- gen Fällen</u>	<u>Anzahl GKV</u>	<u>Gesamt: Anzahl Datensätze</u>
		<u>1. Quartal 2021</u>	<u>2. Quartal 2021</u>	<u>3. Quartal 2021</u>	<u>4. Quartal 2021</u>						
<u>KCHK_MK_KATH</u>	<u>2021</u>										
<u>KCHK_MK_CHIR</u>	<u>2021</u>										
<u>QS Verfahren Transplantationsmedizin</u>											
<u>HTXM_TX</u>	<u>2020</u>										
<u>HTXM_TX</u>	<u>2021</u>										
<u>HTXM_MKU</u>	<u>2020</u>										
<u>HTXM_MKU</u>	<u>2021</u>										

**Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):**

<u>Leistungsbereich (Modul)</u>	<u>Aufn.-Jahr</u>	<u>Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal</u>				<u>Daten-sätze aus DRG-Fällen</u>	<u>Daten-sätze aus iv-Fällen</u>	<u>Daten-sätze aus DMP-Fällen</u>	<u>Daten-sätze aus sonstigen Fällen</u>	<u>Anzahl GKV</u>	<u>Gesamt: Anzahl Datensätze</u>
		<u>1. Quartal 2021</u>	<u>2. Quartal 2021</u>	<u>3. Quartal 2021</u>	<u>4. Quartal 2021</u>						
<u>15/1 (nur Hessen)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>15/1 (nur Hessen)</u>	<u>2021</u>									=	
<u>SA FRUEHREHA HE (nur Hessen)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>SA FRUEHREHA HE (nur Hessen)</u>	<u>2021</u>									=	
<u>SA_HE (nur Hessen)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>SA_HE (nur Hessen)</u>	<u>2021</u>									=	
<u>MRE_HE</u>	<u>2020</u>									=	
<u>MRE_HE</u>	<u>2021</u>									=	
<u>80/1 (nur BW)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>80/1 (nur BW)</u>	<u>2021</u>									=	
<u>85/1 (nur Bayern)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>85/1 (nur Bayern)</u>	<u>2021</u>									=	
<u>APO_RP (nur RP)</u>	<u>2020</u>									=	
<u>APO_RP (nur RP)</u>	<u>2021</u>									=	

**Konformitätserklärung der Geschäftsführung zur Sollstatistik**

Hiermit bestätigen wir die Übereinstimmung der methodischen Sollstatistik für das Erfassungsjahr ~~2020~~2021 mit den internen Aufzeichnungen unseres Krankenhauses. Uns ist bekannt, dass Überprüfungen der Sollstatistik stichprobenhaft erfolgen können.

.....

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift der Geschäftsführung
-----	-------	--

**Erläuterungen:**

Diese Übersicht wird gemäß § 15 Abs. 2 gemäß der DeQS-RL erstellt und ist an die zuständige Datenannahmestelle nach § 9 der DeQS-RL zu übersenden.

Die Übermittlung erfolgt elektronisch als Datensatz gemäß Spezifikation für QS-Filter-Software ~~2020~~2021 und als unterschriebener Papierausdruck per Post. Dieser enthält die sog. Konformitätserklärung nach § 15 Abs. 3 der DeQS-RL.

**„Gesamt: Anzahl Datensätze“:**

Hier wird bei den einzelnen Leistungsbereichen die Gesamtzahl der dokumentationspflichtigen Datensätze angegeben. In den übrigen Spalten wird einerseits eine Differenzierung nach Entlassungsquartalen und andererseits nach Abrechnungsarten dargestellt.



Institut für Qualitätssicherung und  
Transparenz im Gesundheitswesen

# **Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL**

Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 20. Februar 2020

---

# Impressum

**Thema:**

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL. Erläuterungen

**Ansprechpartnerin:**

Claudia Ammann

**Auftraggeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss

**Datum der Abgabe:**

15. Januar 2020, korrigierte Fassung vom 20. Februar 2020

**Herausgeber:**

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1  
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0  
Telefax: (030) 58 58 26-999

[info@iqtig.org](mailto:info@iqtig.org)

<https://www.iqtig.org>

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	8
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	11
2.1 Technischer Anpassungsbedarf .....	11
2.2 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen.....	11
2.3 Datenfeld „besonderer Personenkreis“ .....	13
2.4 Datenfeld „Fachabteilung“ .....	13
2.5 Redaktionelle Änderungen .....	13
3 Modulspezifische Empfehlungen .....	17
3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6) .....	17
3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1).....	18
3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) .....	20
3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) .....	21
3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4) .....	21
3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5).....	22
3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) .....	22
3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	22
3.9 Gynäkologische Operationen (15/1).....	24
3.10 Geburtshilfe (16/1).....	26
3.11 Neonatologie (NEO) .....	29
3.12 Mammachirurgie (18/1).....	32
3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK) .....	35
3.14 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1), Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Knieendoprothesenversorgung (KEP) .....	35
3.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1).....	40
3.16 Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	40
3.17 Knieendoprothesenversorgung (KEP) .....	42
3.18 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) .....	42

4	Releaseplanung .....	44
	Literatur.....	45

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL .....	10
Tabelle 2: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2021 .....	44

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
ASCO/CAP	The American Society of Clinical Oncology / College of American Pathologists
AV	atrioventrikuläre
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BE	Base Excess
BMI	Körpermasseindex ( <i>Body-Mass-Index</i> )
BRCA	BReast CANcer
CRT	kardiale Resynchronisationstherapie ( <i>cardiac resynchronization therapy</i> )
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher ( <i>cardiac resynchronization therapy pacemaker</i> )
DAS	Datenannahmestelle
DCIS	duktales Carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ECMO	extrakorporaler Membranoxygenation ( <i>extracorporeal membrane oxygenation</i> )
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
ESC	Europäische Gesellschaft für Kardiologie
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HER2	Human epidermal growth factor receptor 2
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )

Abkürzung	Bedeutung
ICD	implantierbarer Kardioverter-Defibrillator ( <i>implantable cardioverter-defibrillator</i> )
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
Ki	Kiel
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
LE	Leistungserbringer
LV	linksventrikulär
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MS	Microsoft
NEK	nekrotisierende Enterokolitis
NYHA	New York Heart Association
O / E	Verhältnis aus der beobachteten und der erwarteten Rate ( <i>observed to expected ratio</i> )
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
Plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V
PSP	Pseudonymisierungsprogramm
PStV	Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes, kurz Personenstandsverordnung
QFR-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
QIDB	Qualitätsindikatorendatenbank
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
QSDOK	Spezifikationsdatenbank zur QS-Dokumentation
QSF	Spezifikationsdatenbank zum QS-Filter
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SIRS	systemisches inflammatorisches Response-Syndrom ( <i>systemic inflammatory response syndrome</i> )

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
SM-Implantation	Schrittmacherimplantation
SM-System	Schrittmachersystem
TechDok	Technische Dokumentation
TNM	Tumor, Node, Metastasis
VVS	vasovagales Syndrom
WHO	Weltgesundheitsorganisation ( <i>World Health Organization</i> )
XML	Extensible Markup Language

# 1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik) und die automatisierte Erstellung von Basisinformationen für eine spezifische Zielpopulation auf Basis vorhandener Abrechnungsdaten beim Leistungserbringer (Risikostatistik).

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)<sup>1</sup>. Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

## Zielsetzung und Zielgruppe

Die Basisspezifikation ist ein komplexes Regelwerk, das mithilfe verschiedener Komponenten verbindliche Grundlagen für alle Prozesse im Zusammenhang mit der Erfassung und Übermittlung von QS-Daten bei den unterschiedlichen Verfahrensteilnehmern (Leistungserbringer, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) vorgibt und beschreibt. Die Komponenten der Spezifikation sind daher so ausgestaltet, dass sie von QS- und/oder IT-/EDV-Expertinnen und -Experten verstanden werden. Die Spezifikation richtet sich ausschließlich an diesen Teilnehmerkreis. Die Regelung und die Art der Darlegung der Spezifikationskomponenten sind auf eine möglichst automatisierte Nutzung durch diesen Personenkreis ausgerichtet.

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, die einen Vergleich der Qualität von erbrachten Leistungen zum Ziel haben, stellen eine Reihe von Anforderungen an die Datenerhebung, Datenerfassung und Plausibilitätsprüfung, um valide, reliable und vergleichbare Daten gewinnen zu können. Die Erfassung und Plausibilitätsprüfung durch unterschiedliche Softwareumsetzungen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr einer Verzerrung der Daten. Die Vorgaben der Spezifikation, die eine einheitliche Festlegung von Datenfeldbeschreibungen, Plausibilitätsregeln, Grundsätzen der Benutzerschnittstellengestaltung und Datenübermittlungsformaten umfassen, sollen dazu dienen, dieser Gefahr entgegenzuwirken. Dadurch werden die Erhebung valider und vergleichbarer Daten sowie ein unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten sicherer Datenfluss gewährleistet.

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Leistungserbringer die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie dass Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür

---

<sup>1</sup> Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 20. Juni 2019, in Kraft getreten am 01. Januar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 13.01.2020).

wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

Auf der Website des IQTIG stehen Informationen für Endanwender zu den einzelnen Verfahren und zur Erleichterung der Dokumentation bereit. Zu Letzterem gehören die Dokumentationsbögen, Ausfüllhinweise und Anwenderinformationen. Diese Dokumente, die sich an Leistungserbringer richten, die Anwender der QS-Software sind (z. B. Ärztinnen oder Ärzte), sind unter Berücksichtigung verschiedener Anforderungen möglichst anwenderorientiert und verständlich formuliert. Neben der Verständlichkeit werden beispielsweise auch Aspekte wie Einheitlichkeit, technische Umsetzbarkeit und Aufwand bei Verfahrensteilnehmern berücksichtigt. Ist gemäß Beauftragung durch den G-BA eine Spezifikation auf Grundlage eines Abschlussberichtes des AQUA-Instituts zu erstellen, werden die Texte der Spezifikation im Regelfall aus diesem Bericht übernommen. Verständlichkeit und Anwenderorientierung entsprechen in diesem Fall den Vorgaben des AQUA-Instituts.



#### **Methodik für die Entwicklung von Dokumentationsbögen und Datenfeldern**

Die von den Leistungserbringern dokumentierten Daten sind die Grundlage für die Messung und Bewertung der Qualität der erbrachten Versorgungsleistungen. Daher müssen Dokumentationsbögen geeignet sein, diese Daten mit sehr hoher Objektivität und Datenqualität zu erfassen; gleichzeitig muss die Dokumentation mittels der QS-Software für die Leistungserbringer möglichst praktikabel und aufwandsarm sein.

Der Fachbereich Methodik entwickelt daher derzeit in Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen des IQTIG verbindliche Vorgaben zur Gestaltung von Datenfeldern und Dokumentationsbögen. Diese Vorgaben beinhalten z. B. Strategien, wie Texte der Spezifikation möglichst anwenderorientiert und verständlich zu formulieren sind, oder Regeln zur optimalen Festlegung von Schlüsselwerten. Gemäß dieser Vorgaben werden im IQTIG zukünftig definierte Regelungen verfahrensübergreifend Anwendung finden.

---

Die Basisspezifikation beinhaltet Vorgaben zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gemäß DeQS-RL. Die Spezifikation richtet sich an alle beteiligten Leistungserbringer und die von ihnen beauftragten Softwarehersteller, unabhängig vom Versorgungssektor oder vom Abrechnungskontext der Leistungserbringung.

#### **Spezifikation für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL**

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2021<sup>2</sup> empfohlenen Änderungen der Spezifikation für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL. Hierbei werden modulübergreifende und

---

<sup>2</sup> Das Erfassungsjahr ist in der Spezifikation definiert als das Jahr der Aufnahme bzw. der Behandlung der Patientin / des Patienten, auf die/den sich die Auslösung einer fall- oder einrichtungsbezogenen Dokumentationspflicht bezieht.

modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen der Verfahren resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

Tabelle 1: Module der Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL

Modulname	Modulbezeichnung
09/1	Herzschrittmacher-Implantation
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation
10/2	Karotis-Revaskularisation
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
NEO	Neonatologie
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
HTXFU	Follow-up Herztransplantation
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-) transplantation

## 2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2021 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.

### 2.1 Technischer Anpassungsbedarf

Die vorliegende Empfehlung zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für die Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL beinhaltet neben der Verfahrenspflege die notwendigen technischen Schritte, die zur Überführung der Leistungsbereiche nach QSKH-RL in die DeQS-RL notwendig werden.

Dies bedeutet beispielsweise die Vereinheitlichung von Prozessen (z. B. Datenflüssen), die Konsolidierung von XML-Schemata sowie der Umsetzung einer einheitlichen LE-Pseudonymisierung für alle Verfahren. Dadurch wird eine grundlegende Überarbeitung von Spezifikationskomponenten (z. B. PSP, QSDOK, TechDok) erforderlich. Weiterhin müssen die momentan getrennten Sollstatistikformulare zu einem gemeinsamen Formular zusammengefasst werden. In diesem Zusammenhang empfiehlt das IQTIG zur besseren Übersichtlichkeit für die einzelnen DeQS-Verfahren Zwischenüberschriften einzufügen. Dies führt neben Anpassungen an den Word-Vorlagen auch zu grundlegenden Änderungen an der QS-Filterdatenbank. Die Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL zur Umsetzung im Rahmen der DeQS-RL hat zudem eine übergreifende Anpassung der Tabellenstruktur der Spezifikationsdatenbanken QSDOK und QSF (z. B. Tabelle Modul, Tabelle Exportzeiträume) zur Folge. Mit diesen Änderungen geht des Weiteren eine Erweiterung und Umstrukturierung der Spezifikation zu Datenserviceinformationen einher. Zudem wird eine grundlegende Überarbeitung der technischen Dokumentationen (TechDok LE, TechDok DAS) erforderlich.

### 2.2 Überarbeitung der Erforderlichkeitstabellen

In den aktuellen Richtlinien des G-BA werden die Verwendungszwecke von Datenfeldern in die folgenden vier Kategorien aufgeteilt:

- Daten für die Fallidentifikation
- Datenfelder für die Indikatorberechnung
- Datenfelder für die Basisauswertung
- technische und anwendungsbezogene Gründe

Da sich im Rahmen der Verfahrenspflege gezeigt hat, dass diese vier Kategorien einer genaueren Definition bedürfen, wurde diese mit den Spezifikationsempfehlungen für das Erfassungsjahr 2020 dargelegt. Grund hierfür war insbesondere, dass in bestimmten Fällen nicht immer eindeutig war, welche Kategorie für welchen Verwendungszweck genutzt werden sollte. Beispielsweise waren für Datenfelder, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs, zur Risikoadjustierung oder im Rahmen von Kennzahlen genutzt werden sollen, die Kategorien unklar.

Mit den Spezifikationsempfehlungen für das Erfassungsjahr 2020 wurden Definitionen eingeführt.

Unter anderem wurde festgelegt, dass ein Kreuz in der Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ dann gesetzt wird, wenn das Datenfeld im Rahmen von Kennzahlen zur Anwendung kommt. Da Kennzahlen berichtspflichtig sind, stellen diese einen QS-relevanten Verwendungszweck dar. Die Kategorie „Datenfelder für die Indikatorberechnung“ soll daher in „Datenfelder für die Indikator- oder Kennzahlberechnung“ umbenannt werden.

In der QSKH-RL wurde den Erforderlichkeitstabellen eine Tabelle mit der Sortierung nach direkten und indirekten Verfahren vorangestellt. Durch die Überführung der QSKH-Module in die DeQS-Richtlinie kann zukünftig auf diese Darstellung verzichtet werden. Im Rahmen der QSKH-RL sind direkte Verfahren nur noch Follow-up-Module, deren Indexjahr das Jahr 2019 oder früher ist. Für diese Follow-up-Module gibt es im Jahr 2021 keine Empfehlungen bzw. Änderungen. Daher wird auf die Darstellung von Empfehlungen zu den betroffenen Follow-up-Modulen sowie der einführenden Tabelle verzichtet.

Zur Darstellung in der DeQS-RL wird für jeden ehemaligen Leistungsbereich nach QSKH-RL eine einzelne MS-Word-Datei angelegt, um die Handhabung der einzelnen Erforderlichkeitstabellen im Änderungsmodus zu vereinfachen.

Der Begriff „Leistungsbereich“ wird in den Empfehlungen für das Jahr 2021 ersetzt durch den Begriff „Verfahren“. Diese Umbenennung steht im Einklang mit der Sprachregelung der DeQS-Richtlinie.

Für die Verfahren *Herzschrittmacherversorgung*, *Implantierbare Defibrillatoren*, *Knieendoprothesenversorgung*, *Hüftendoprothesenversorgung* und *Perinatalmedizin* wird die folgende Fußnote gelöscht:

- „Die für diesen Leistungsbereich für die Auswertung nach Anlage 1 erforderlichen Daten sind auch für die Auswertung gemäß Anlage 3 erforderlich und werden für beide Verfahren exportiert.“

Stattdessen wird für diese Verfahren der folgende Hinweis jeweils über die Erforderlichkeitstabelle gesetzt:

- „Die für dieses Verfahren für die Auswertung erforderlichen Daten sind sowohl für die Auswertung als Verfahren mit Follow-up als auch für die Auswertung als Verfahren ohne Follow-up erforderlich.“

#### **Anpassung der Fußnote des Exportfeldes „GKV-Versichertenstatus“**

Zudem wird die Fußnote des Exportfeldes „GKV-Versichertenstatus“ wie folgt korrigiert, da es sich nicht nur aus der Angabe des Datenfeldes „besonderer Personenkreis“ berechnet:

- In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“, „besonderer Personenkreis“ und „eGK-Versichertennummer“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und die Datenfelder zum Versichertenstatus werden nicht exportiert.

Für die Module 16/1 und NEO wird die folgende Fußnote hinterlegt, da das Vorliegen der eGK-Versichertenkarte nicht in die Berechnung miteinbezogen werden kann:

- In der QS-Dokumentationssoftware werden über die Datenfelder „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und „besonderer Personenkreis“ die notwendigen Informationen erfasst, aus denen dieses Exportfeld berechnet wird. Das „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ und das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ werden nicht exportiert.

### **2.3 Datenfeld „besonderer Personenkreis“**

In allen Modulen wird der Schlüssel für das Datenfeld „besonderer Personenkreis“ auf einen externen Schlüssel umgestellt, sodass die einzelnen Schlüsselwerte in der Datenfeldbeschreibung nicht mehr sichtbar sind. Die Softwareanbieter haben dafür Sorge zu tragen, dass die jeweils aktuellen externen Schlüsselkataloge in der Software verwendet werden. In diesem Zuge können die jeweils hinterlegten Ausfüllhinweise gestrichen werden. Dies wurde bereits in der Spezifikation 2019 umgesetzt.

### **2.4 Datenfeld „Fachabteilung“**

Der Schlüssel zum Datenfeld „Fachabteilung“ wird als externer Schlüssel definiert. Im Dokumentationsbogen wird nur noch auf die Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) verwiesen und die Aufführung der Schlüsselwerte im Dokumentationsbogen entfällt. Diese Anpassung dient technischen Anforderungen und stellt keine inhaltliche Veränderung dar. Die Ergänzung wurde bereits in der Spezifikation 2019 vorgenommen.

### **2.5 Redaktionelle Änderungen**

Es werden modulübergreifende Änderungen vorgenommen, die redaktioneller Art sind und keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten haben. Hierbei handelt es sich um Änderungen, die beispielsweise eine Harmonisierung betreffen oder eine verständlichere Dokumentation gewährleisten.

Folgende redaktionelle Änderungen werden vorgenommen:

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- ICD- und OPS-Kodes sowie Literatur- und Quellenangaben werden aktualisiert.  
Beispiel:
  - In den Datenfeldern, in denen die Schlüsselwertangaben aus Routinedaten generiert werden, wenn ein definierter ICD- oder OPS-Kode vorliegt, wird die ergänzende

Bezeichnung in Anlehnung an die etablierten ergänzenden Bezeichnungen im Modul DEK angepasst. Dies betrifft insbesondere die Module der Orthopädie.

- Korrekturen und Vereinheitlichungen bezüglich der Grammatik, der Rechtschreibung sowie der Groß- und Kleinschreibung werden vorgenommen.

Beispiele:

- Im Modul HEP wird die Schreibweise des Begriffs „Hüftendoprothesenerstimplantation“ wie folgt angepasst: „Hüftendoprothesen-Erstimplantation“.
- Im Modul KEP werden die Schreibweisen „Knieendoprothesenerstimplantation“ oder „Knie-Endoprothesenerstimplantation“ wie folgt angepasst: „Knieendoprothesen-Erstimplantation“
- Im Modul 18/1 wird die Schreibweise von „Mammographie“ und „Sonographie“ angepasst und durch „Mammografie“ und „Sonografie“ ersetzt.
- Im Modul 18/1 wird für den Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Grading (WHO)“<sup>3</sup> empfohlen, den veralteten Hinweis „Auswahl nach Schlüssel: G“ aus dem Ausfüllhinweis zu entfernen.

- Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen, Datenfeldbezeichnungen und Schlüsselwerten optimiert.

Beispiele:

- Der Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Wievielter Dekubitus“ im Modul DEK wird dahingehend vereinheitlicht, dass alle Dekubitusulcera ab einem Grad / einer Kategorie 2 und nicht nur Dekubitusulcera des Grades / der Kategorie 2 zu kodieren sind.
- Das Datenfeld „Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“ wird in den Modulen 17/1, HEP und KEP aufgrund von Fragen und Fehldokumentationen in „verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ umbenannt. Auf diese Weise soll verdeutlicht werden, dass es um die Verwendung und nicht um den Besitz von Gehhilfen geht und um die Mobilität im Alltag vor dem Krankenhausaufenthalt und vor der Fraktur und keinesfalls um den Status nach der Fraktur.
- Die Datenfeldbezeichnung „Erstimplantation Endoprothese: Indikation ‚mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out‘ liegt vor“ im Modul HEP soll gekürzt werden zu „Indikation ‚mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out‘ liegt vor“, da die Information „Erstimplantation Endoprothese“ bereits durch die Lage des Datenfeldes auf dem so benannten Teildatensatz gegeben ist.
- Die Datenfeldbezeichnung des Feldes „Liegt eine Gonarthrose vor?“ im Modul HEP soll zwecks Vereinheitlichung mit anderen Datenfeldern im Abschnitt „Präoperative Befunde“ zu „Gonarthrose“ gekürzt werden. Die Schlüsselwerte „primäre Gonarthrose“ und „sekundäre Gonarthrose“ werden um das Wort „ja“ ergänzt. Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass „ja“ angegeben werden soll, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes z. B. ICD 10 M17.-) festgestellt wurde. Damit wird der Ausfüllhinweis den entsprechenden Feldern der Module 17/1 und HEP angeglichen.

---

<sup>3</sup> Das Datenfeld wird umbenannt in „Grading (Elston und Ellis)“

- Auch bei dem Datenfeld „Liegen Fehlstellungen des Knies vor?“ im Modul KEP sollen Formulierungen an die benachbarten Felder angepasst werden. Die Datenfeldbezeichnung lautet dann „Fehlstellungen des Knies“. Die Schlüsselwerte „schweres Valgusknie“ und „schweres Varusknie“ werden um das Wort „ja“ ergänzt.
- In den Ausfüllhinweisen der Datenfelder „prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“ und „postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“ im Modul 18/1 wird der Begriff „strahlentherapeutische(r) Onkologe/Onkologin“ ersetzt durch „Onkologe/Onkologin und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut“.
- In den Datenfeldern „Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt“ und „Diagnosetest auffällig“ im Modul 16/1 wird der Begriff „zukünftig“ aus dem Ausfüllhinweis gestrichen, da Frauenärzte das Screening auf Gestationsdiabetes mittlerweile über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren können.
- Im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie fiel auf, dass den Dokumentierenden bezüglich der beiden Datenfelder „Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses“ und „entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses“ häufig nicht klar war, welches Krankenhaus, bzw. welcher Standort gemeint ist. Um Missverständnisse zu vermeiden werden die Ausfüllhinweise im Modul NEO konkretisiert.
- Es werden Texte aus den Ausfüllhinweisen in die ergänzende Bezeichnung überführt:  
Beispiele:
  - In den Modulen 09/1 und 09/4 wird im Datenfeld „Herzinsuffizienz“ über die ergänzende Bezeichnung verdeutlicht, dass das NYHA-Stadium unmittelbar vor Implantation, also das für die Indikationsstellung relevante Stadium, eingetragen werden soll. Der zugehörige Ausfüllhinweis wird gestrichen, da dieser die gleichen Informationen beinhaltet.
  - In den Modulen 09/1 und 09/4 wird im Datenfeld „Linksventrikuläre Sonde aktiv?“ statt des ehemaligen Ausfüllhinweises die ergänzende Bezeichnung „bei Entlassung“ eingeführt. Der Ausfüllhinweis zur Dokumentation bei zweizeitigem Vorgehen zur Implantation der LV-Sonde kann damit gestrichen werden.<sup>4</sup>
  - In den Modulen 17/1, HEP und KEP wird im Datenfeld „Einstufung nach ASA-Klassifikation“ analog zum Modul 10/2 die ergänzende Bezeichnung „Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen“ ergänzt. Der entsprechende Absatz im modulübergreifenden (inkl. 09/1 bis 09/6) Ausfüllhinweis wird gestrichen.
  - Damit bereits aus der Bogenfeldbezeichnung ersichtlich ist, auf welche Seite sich die Frage bezieht und um Fehldokumentationen zu vermeiden, soll das Datenfeld „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ im Modul 17/1 wie folgt umbenannt:
    - „Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“

---

<sup>4</sup> Dieser könnte ggf. auch zu einer fehlerhaften Dokumentation führen, da der Dokumentierende bei ungenauem Lesen annehmen könnte, es sei „ja“ anzugeben, auch wenn die LV-Sonde in einem zweizeitigen Vorgehen erst nach Entlassung implantiert wurde.

- Bisher ging diese Information lediglich aus dem Ausfüllhinweis hervor. Analog dazu sollen die entsprechenden Datenfelder in den Modulen HEP und KEP umbenannt werden:
- „Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt“
  - „Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?“
- Da bisher nur aus dem Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Beginn des Eingriffs“ in den Modulen 17/1 und HEP hervorging, dass die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert werden soll, wird zusätzlich die ergänzende Bezeichnung „Hautschnitt“ eingefügt.
  - Im Datenfeld „periartikuläre Ossifikation“ im Modul KEP soll die ergänzende Bezeichnung „Grad 3 oder 4 nach Brooker“ ergänzt werden, weil nur diese Grade für die QS-Dokumentation relevant sind. Diese Information war bisher nur dem Ausfüllhinweis zu entnehmen.
- Es werden Beispiele in Ausfüllhinweisen ergänzt oder erläutert:  
Beispiele:
    - Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „intraoperative Komplikationen“ im Modul 15/1 wird deutlicher beschrieben, welche Verletzungen in diesem Verfahren als Komplikationen zu werten sind.
    - In den Modulen 17/1, HEP und KEP wird im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen“ beschrieben, dass hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen gemeint sind, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.
    - Im Modul HEP werden im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „periprothetische Fraktur“ Beispiele<sup>5</sup> ergänzt.
    - Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?“ im Modul KEP wird beschrieben, dass dieses Datenfeld mit „ja“ zu beantworten ist, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt. Als Klammerzusatz soll „(einschließlich femoropatellarer Schaden)“ ergänzt werden.
- Um die Konsistenz der Abschnittsüberschriften in einem Modul zu unterstützen, werden Abschnittsüberschriften ergänzt, umformuliert oder gestrichen:  
Beispiel:
    - Im Modul 09/1 wird der Abschnitt „Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)“ in „Implantiertes System“ umbenannt, da der Klammerzusatz nicht zum Datenfeld „Linksventrikuläre Sonde [bei Entlassung] aktiv?“ passt. Dieses muss auch dann ausgefüllt werden<sup>6</sup>, wenn die LV-Sonde bei Entlassung nicht aktiv ist, womit dann auch Angaben zu postoperativ funktionell nicht aktiven Anteilen des Schrittmachersystems gemacht werden.

---

<sup>5</sup> Beispielsweise Frakturen, die infolge eines Sturzes oder die nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (entsprechend DIMDI ICD 10 M96.6) entstanden sind.

<sup>6</sup> Angabe „nein“

### 3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2021, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Die Änderungen werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Empfehlungen, die übergreifend für inhaltlich zusammengehörige Module gelten, werden jeweils in einem Abschnitt beschrieben. Weiterhin werden Empfehlungen zu Zählleistungsbereichen aufgeführt.

#### 3.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)

Nachfolgend werden übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung und zu implantierbaren Defibrillatoren erläutert.

##### **QS-Dokumentation:**

##### **Datenfeld „Körpergröße“**

In den Modulen 09/1, 09/4, 10/2, 15/1, PCI und HCH werden die gültigen Angaben für die Körpergröße aus Gründen der Vereinheitlichung auf „50 – 270 cm“ festgelegt.

##### **Neues Datenfeld „Sonde am HIS-Bündel implantiert?“ (09/1 und 09/3)**

Dieses Datenfeld wird benötigt, um Systeme mit HIS-Bündel-Sonde separat zu erfassen. Dadurch kann zum einen gesteuert werden, welche sondenspezifischen Felder bei einem System mit HIS-Bündel-Sonde zu dokumentieren sind. Zum anderen kann, nachdem genügend Daten zu HIS-Bündel-Systemen vorliegen, perspektivisch geprüft werden, ob zu diesen Systemen Schwellenwerte für die Qualitätsindikatoren „Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln“, „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt“ und „Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen“ ermittelt werden können. Insbesondere die Werte der Reizschwellen- und Amplitudenmessung weichen bei Sonden am HIS-Bündel i. d. R. von den Werten rechtsventrikulär gelegener Sonden ab. Eine Erfassung im Feld „System“ ist nicht möglich, da es sich bei Systemen mit HIS-Bündel-Sonde um eine neue Art der Stimulation, aber nicht um ein neues System handelt.

Im Modul 09/1 werden in diesem Zusammenhang ebenfalls folgende Änderungen empfohlen:

##### ▪ **Ausfüllhinweis des Datenfeldes „System“**

Da Systeme mit HIS-Bündel-Sonde nicht mehr als sonstige Systeme kodiert werden sollen, muss der Teil des Ausfüllhinweises zu HIS-Bündel-Sonden gestrichen werden. Stattdessen soll das entsprechende System im neuen Datenfeld „Sonde am HIS-Bündel implantiert?“ angegeben werden. Über dieses Feld kann dann auch gesteuert werden, welche sondenspezifischen Felder bei einem System mit HIS-Bündel-Sonde zu dokumentieren sind.

▪ **Abschnitt „Rechter Ventrikel“**

Die Abschnittsüberschrift „Rechter Ventrikel“ soll erweitert werden in „Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)“. Durch die Anpassung soll deutlich werden, dass die Angaben zur möglichen HIS-Bündel-Sonde im Abschnitt zum rechten Ventrikel zu dokumentieren sind. Dies ergänzt die bereits bestehenden Ausfüllhinweise.

▪ **sondenspezifische Datenfelder (09/1 und 09/3)**

Über das neue Datenfeld „Sonde am HIS-Bündel implantiert?“ kann gesteuert werden, welche sondenspezifischen Felder bei einem System mit HIS-Bündel-Sonde zu dokumentieren sind. Bei implantierter HIS-Bündel-Sonde sollen die Felder im Abschnitt „Vorhof“ immer ausgefüllt werden können, die Felder im Abschnitt „Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)“ immer ausgefüllt werden müssen und die Felder im Abschnitt „Linker Ventrikel“ in der Regel nicht ausgefüllt werden dürfen.

▪ **Datenfelder „Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel“ und „Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel“ (09/1 und 09/3)**

Um zu verdeutlichen, dass mögliche Dislokationen bzw. Dysfunktionen an der HIS-Bündel-Sonde unter „rechter Ventrikel“ dokumentiert werden sollen, erhalten die Datenfelder entsprechende Ausfüllhinweise.

**Exportfeld „OP-Datum“ (09/4, 09/5 und 09/6)**

Die zukünftige Übertragung des OP-Datums als Klardatum ist wichtig für die Berechnung der Follow-up-Indikatoren „Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren“, „Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“ und „Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres“. Mit dem Klardatum kann eindeutig bestimmt werden, ob der Folgeeingriff innerhalb des Follow-up-Zeitraums liegt. Außerdem kann mit dem Klardatum die zeitliche Reihenfolge der einzelnen Defibrillator-Eingriffe einer Patientin bzw. eines Patienten ermittelt werden.

### **3.2 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)**

**QS-Filter:**

Im Modul 09/1 sind isolierte Erstimplantationen von Herzschrittmachern, Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Herzschrittmacher auf ein kardiales Resynchronisationssystem (CRT-P) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

**QS-Dokumentation:**

**Datenfeld „führende Indikation zur Schrittmacherimplantation“**

Für das Datenfeld werden folgende Änderungen für das Erfassungsjahr 2021 empfohlen:

▪ **Ergänzung des Ausfüllhinweises (Dokumentation bei AV-Block nach einer AV-Knoten- bzw. HIS-Bündel-Ablation)**

Da durch eine Anfrage deutlich wurde, dass die Dokumentation bei AV-Block nach einer AV-Knoten- bzw. HIS-Bündel-Ablation teilweise unklar ist, wird der bestehende Ausfüllhinweis dahingehend ergänzt. Ist die führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ein AV-Block nach einer geplanten oder durchgeführten Ablation des AV-Knotens bzw. des HIS-Bündels, ist im Datenfeld „führende Indikation zur Schrittmacherimplantation“ AV-Block als führende Indikation zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn der Schrittmacher noch vor der Ablation implantiert wird.

▪ **Ergänzung des Ausfüllhinweises (Dokumentation eines AV-Blocks I. Grades als führende Indikation)**

Zusätzlich wird im Ausfüllhinweis erläutert, in welchen Fällen ein AV-Block I. Grades als führende Indikation angegeben werden sollte, da in dieser Patientengruppe der Anteil leitlinienkonformer Indikationsstellungen noch sehr gering ist und dies auf bestehende Dokumentationsfehler hindeuten könnte.

▪ **Ergänzung des Schlüsselwertes „Schenkelblock“**

Die Änderung der Schlüsselbezeichnung „Schenkelblock“ ist notwendig, um die Indikationen „Schenkelblock“ und „kardiale Resynchronisationstherapie“ klarer voneinander abzugrenzen und Missverständnisse zu vermeiden. Durch Anfrage wurde darauf hingewiesen, dass bei einigen CRT-Implantationen ohne Vorliegen einer Bradykardie Schenkelblock statt CRT als führende Indikation dokumentiert wurde. Bei Fällen ohne Bradykardie soll jedoch CRT angegeben werden, da dies sonst zur Auffälligkeit im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation“ führen kann. Durch die Anpassung der Schlüsselbezeichnungen sollen solche Fehldokumentationen zukünftig vermieden werden.

▪ **Ergänzung des Schlüsselwertes „kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)“**

Ab der QIDB 2018 wird im Qualitätsindikator zur leitlinienkonformen Indikation nun erstmals auch die Indikation der Patientinnen und Patienten mit kardialer Resynchronisationstherapie (CRT) als führender Indikation geprüft. Die Leitlinienkonformität der Indikationsstellung liegt für diese Patientengruppe mit ca. 60 % im Erfassungsjahr 2018 sehr niedrig (Referenzbereich des Qualitätsindikators ist  $\geq 90,00\%$ ). Teilweise ist das schlechte Ergebnis in dieser Patientengruppe jedoch sehr wahrscheinlich auf Fehldokumentationen zurückzuführen. Die Angabe CRT im Datenfeld zur führenden Indikation soll nur bei Patientinnen und Patienten ohne Bradykardie oder bei einem Upgrade von einem konventionellen Schrittmachersystem auf ein CRT-P-System angegeben werden. Bei vorliegender bradykarder Rhythmusstörung soll eine Indikation zur konventionellen SM-Implantation geprüft werden (Schlüsselwerte „AV-Block I, II oder III“ bis „Vasovagales Syndrom (VVS)“). Eine Analyse ergab z. B., dass bei ca. einem Drittel der Patientinnen und Patienten ohne leitlinienkonforme Indikation in der Patientengruppe CRT als führende Indikation (Schlüsselwert „kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)“) im Datenfeld „AV-Block“ ein hochgradiger AV-Block angegeben wurde. Bei diesen Patientinnen und Patienten wäre also die Angabe AV-Block als

führende Indikation richtig gewesen, sodass sie im Qualitätsindikator „Leitlinienkonforme Indikation“ nicht als auffällig gezählt worden wären.

Deshalb soll die Schlüsselbezeichnung zu CRT als führende Indikation um den Hinweis „(bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)“ ergänzt und ein erläuternder Ausfüllhinweis zu dieser Schlüsselkategorie eingeführt werden.

**Datenfelder „Persistenz der Bradykardie“, „erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation“, „Pausen außerhalb von Schlafphasen“, „Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen“ und „Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen“**

Da die Angaben dieser Datenfelder nur bei bestimmten Indikationen <sup>7</sup> zur Qualitätsindikatorberechnung benötigt werden, werden neue Feldgruppenregeln eingeführt. Die betreffenden Datenfelder müssen auf diese Weise in den anderen Fällen nicht mehr ausgefüllt werden müssen.

**Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### **3.3 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)**

**QS-Filter:**

Im Modul 09/2 sind isolierte Aggregatwechsel von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig. Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

**QS-Dokumentation:**

**Abschnitt „Rechtsventrikuläre Sonde“**

Um zu verdeutlichen, dass Angaben zur möglichen HIS-Bündel-Sonde im Abschnitt zur rechtsventrikuläre Sonde zu dokumentieren sind, soll die Abschnittsüberschrift „Rechtsventrikuläre Sonde“ in „Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)“ umbenannt werden. Ebenso werden die Ausfüllhinweise der Datenfelder in diesem Abschnitt um einen entsprechenden Hinweis ergänzt.

**Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

---

<sup>7</sup> Datenfeld „führende Indikation zur Schrittmacherimplantation“

### 3.4 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)

#### QS-Filter:

Im Modul 09/3 sind Revisionen von Herzschrittmachern (inklusive Aggregat- und Sondenwechsel) und Explantationen von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### QS-Dokumentation:

##### **Datenfeld „Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde“**

Um zu verdeutlichen, dass mögliche Sondenprobleme an der HIS-Bündel-Sonde im Datenfeld zur rechtsventrikulären Sonde dokumentiert werden sollen, wird die ergänzende Bezeichnung entsprechend erweitert.

##### **Abschnitt „Rechter Ventrikel“**

Um zu verdeutlichen, dass Angaben zur möglichen HIS-Bündel-Sonde im Abschnitt zum rechten Ventrikel zu dokumentieren sind, soll die Abschnittsüberschrift „Rechter Ventrikel“ in „Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)“ umbenannt werden. Ebenso werden die Ausfüllhinweise der Datenfelder in diesem Abschnitt um einen entsprechenden Hinweis ergänzt.

##### **Löschen des Datenfeldes „explantiertes System“**

Da das Datenfeld für keinen Qualitätsindikator von Relevanz ist und auch nicht für die Follow-up-Indikatoren benötigt wird, wird empfohlen es für das Erfassungsjahr 2021 zu streichen.

Da es das einzige Datenfeld des Abschnitts „Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems“ ist, kann dieser ebenfalls gestrichen werden.

#### Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### 3.5 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

#### QS-Filter:

Im Modul 09/4 sind Implantationen von implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (*implantable cardioverter-defibrillators*, ICD) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### QS-Dokumentation:

##### **Datenfeld „indikationsbegründendes klinisches Ereignis“**

Gemäß der ESC-Leitlinie zum Management ventrikulärer Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods (Priori et al. 2015), wird die Schlüsselbezeichnung „Kammertachykardie, nicht anhaltend ( $\leq 30$  sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100)“ in „Kammertachykardie, nicht anhaltend ( $\leq 30$  sec, aber mind. 3 R-R-Zyklen und HF über 100)“ umbenannt.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### **3.6 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul 09/5 sind Aggregatwechsel implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.  
Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2021 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### **3.7 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul 09/6 sind Revisionen, Systemwechsel und Explantationen implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.  
Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2021 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### **3.8 Karotis-Revaskularisation (10/2)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul 10/2 sind Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus, die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden, mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung,

Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (*extracorporeal membrane oxygenation*, ECMO) und Prä-ECMO-Therapie dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

##### **Datenfeld „Körpergröße“**

In den Modulen 09/1, 09/4, 10/2, 15/1, PCI und HCH werden die gültigen Angaben für die Körpergröße aus Gründen der Vereinheitlichung auf „50 – 270 cm“ festgelegt.

##### **Neuer Schlüsselwert im Datenfeld „Art des Eingriffs“**

Aufgrund des abweichenden OP-Ziels und des höheren Risikos werden Patientinnen und Patienten mit intrakraniellen Prozeduren, denen keine Karotis-Revaskularisation als Ersteingriff vorausgegangen ist, aus den Berechnungen der Qualitätsindikatoren ausgeschlossen. In diesem Datenfeld konnten Eingriffe, die ausschließlich als Zugang zu einer intrakraniellen Prozedur dienten, bislang nur über den Schlüsselwert „PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur“ dokumentiert werden. Da der Zugang zu der intrakraniellen Prozedur jedoch nicht nur über einen kathetergestützten Eingriff, sondern auch über eine offene Operation erfolgen kann, soll mit einem zusätzlichen Schlüsselwert „Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur“ die Möglichkeit geschaffen werden, entsprechende Fallkonstellationen korrekt abzubilden.

Es ergeben sich folgende Schlüsselwerte für das Datenfeld:

- „Offene Operation“
- „PTA/Stent“
- „Umstieg PTA/Stent auf offene Operation“
- „PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur“
- „Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur“

##### **Neuer Schlüsselwert sowie Verschiebung des Datenfeldes „Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?“**

Da für eine differenzierte Risikoadjustierung diese Information bisher fehlte, wird für das Datenfeld „Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?“ der Schlüsselwert „retrograder PTA-Stent A. carotis communis“ eingeführt. Eine differenziertere Risikoadjustierung ist für folgende Qualitätsindikatoren geplant:

- „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“
- „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – kathetergestützt“

Um die Dokumentation für die Leistungserbringer zu vereinfachen wird das Datenfeld unmittelbar hinter das Feld „Art des Eingriffs“ verschoben. Die Abschnittsüberschrift „Verlauf der Prozedur“ entfällt infolgedessen.

### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

## **3.9 Gynäkologische Operationen (15/1)**

### **QS-Filter:**

Im Modul 15/1 sind alle Adnexeingriffe bei Patientinnen ab 11 Jahren unter Ausschluss von Patientinnen mit gleichzeitiger Sectio caesarea und unter Ausschluss von Patientinnen mit den Diagnosen bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane, Harnorgane oder des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, Mesotheliom des Peritoneums oder Divertikulose des Darmes dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien:

### **Aufnahme von OPS-Kodes zu Salpingoovariektomien in Kombination mit Hysterektomien**

Mit der Aktualisierung der OPS-Kodes durch das DIMDI für das Jahr 2019 wurden neue Kodes für Salpingoovariektomien in Kombination mit Hysterektomien eingeführt. Da diese Eingriffe im QS-Verfahren betrachtet werden sollen, werden die folgenden OPS-Kodes in den QS-Filter aufgenommen:

- 5-683.60: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-683.61: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal
- 5-683.62: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-683.63: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-683.64: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch
- 5-683.65: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen vaginal – offen chirurgisch
- 5-683.6x: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Sonstige
- 5-683.70: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-683.71: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal
- 5-683.72: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-683.73: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)

- 5-683.74: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch – offen chirurgisch
- 5-683.75: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal – offen chirurgisch
- 5-683.7x: Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Sonstige

#### **QS-Dokumentation:**

##### **Ausfüllhinweis des Datenfeldes „führender Befund“**

Der Schlüssel zur Histologie beinhaltet Codes zu benignen und malignen Befunden. Einige Codes sind unspezifisch und können sowohl benigne als auch maligne sein. Es kam zu Dokumentationsproblemen, wenn diese unspezifischen Codes als benigne Befunde gewertet wurden, da die Datenfelder zur Tumor-Klassifikation (TNM-Klassifikation) auch in diesen Fällen ausgefüllt werden mussten. Für das Erfassungsjahr wird die entsprechende Plausibilitätsregel so angepasst, dass bei Angabe von unspezifischen Codes eine Angabe möglich aber nicht verpflichtend ist. In diesem Zuge wird der Ausfüllhinweis des Datenfeldes angepasst.

##### **Datenfeld „Dauer der assistierten Blasenentleerung“**

Es wurde von Leistungserbringern zurückgemeldet, dass die Dauer der assistierten Blasenentleerung in der klinischen Praxis nicht exakt erfasst wird. Die aktuelle kategorisierte Einteilung ist zu kleinschrittig gewählt. Die Berücksichtigung von weiter gefassten Kategorien ermöglicht zum einen weitere Informationen für eine Weiterentwicklung des derzeitigen Qualitätsindikators und zum anderen eine anwenderfreundliche Dokumentation für die Leistungserbringer.

Folgende Kategorisierung wird für das Erfassungsjahr 2021 empfohlen:

- ≤ 12 Stunden
- > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden
- > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden
- > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden
- > 48 Stunden

##### **Exportfeld „Entlassungsgrund“**

Es ist geplant eine neue Kennzahl oder einen neuen Qualitätsindikator zur Todesursache bei Patientinnen mit laparoskopischer Operation zu entwickeln. Daher wird in der Erforderlichkeitstabelle das entsprechende Kreuz in der Spalte „Indikatorberechnung“ ergänzt.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### 3.10 Geburtshilfe (16/1)

#### QS-Filter:

Im Modul 16/1 sind alle im Krankenhaus erfolgten Geburten dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### QS-Dokumentation:

##### Löschen von Datenfeldern

Für das Erfassungsjahr 2021 werden folgende Datenfelder zur Streichung empfohlen, da sie nicht mehr für die Berechnung von Qualitätsindikatoren benötigt werden:

- „Indikation für stationären Aufenthalt“
- „Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt“
- „Vortest auffällig“
- „Hebamme“
- „Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

##### Datenfelder „Anzahl Mehrlinge“ und „Totgeburt“

Gemäß aktuellem § 31 PStV (Personenstandsverordnung) wird eine Totgeburt nicht mehr nur bezogen auf das Geburtsgewicht, sondern auch bezogen auf das Gestationsalter definiert. Eine Leibesfrucht gilt als totgeborenes Kind, wenn sich bei Geburt keine Lebenszeichen gezeigt haben und wenn das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder wenn das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm liegt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde. Eine Fehlgeburt liegt demnach bei einem Gewicht unter 500 Gramm und einem Gestationsalter unter 24 + 0 Wochen vor.

Die Ausfüllhinweise folgender Datenfelder werden diesbezüglich angepasst:

- „Anzahl Mehrlinge“
- „Totgeburt“

**Hinweis zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren:** Dadurch ergeben sich gemäß neuer Definition einer Totgeburt bzw. Fehlgeburt ggf. mehr Totgeburten und weniger Minimaldatensätze (aufgrund weniger Fehlgeburten), d. h. es gibt grundsätzlich mehr Fälle in der Grundgesamtheit. Hierdurch können sich derzeit nicht-quantifizierbare Veränderungen hinsichtlich der Anzahl im Zähler und Nenner der Qualitätsindikatoren „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ und „Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ ergeben.

##### Datenfeld „Körpergewicht bei Erstuntersuchung“

Da im Datenfeld „Körpergewicht bei Erstuntersuchung“ das Gewicht der Mutter bei der ersten Untersuchung in der Schwangerschaft anzugeben ist, soll der Zusatz „oder in der Klinik gemessen“ aus dem Ausfüllhinweis entfernt und durch „anamnestisch während des stationären Aufenthaltes zu erfragen“ ersetzt werden.

### **Datenfeld „Aufnahmeart“**

Da der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahmeart“ missverständlich war und zu vermehrten Supportanfragen führte, wird empfohlen, ihn zu löschen. Von einer inhaltlichen Überarbeitung des Ausfüllhinweises wird derzeit abgesehen, um unvermeidliche Änderungen an den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu vermeiden.

### **Neues Datenfeld „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“**

Da derzeit nur bei einem geringen Anteil der Kinder Kortikosteroide zeitlich so verabreicht werden, dass dies eine positive Wirkung auf den Fetus entfalten kann, soll zusätzlich zum bereits bestehenden Datenfeld „Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ ein neues abhängiges Datenfeld „Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie“ eingeführt werden. Mittels dieses neuen Datenfeldes kann zukünftig der exakte Zeitpunkt einer Kortikosteroidgabe ermittelt werden.

Das neue Datenfeld wird nicht exportiert, sondern geht in die Berechnung des Exportfeldes „Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und begonnener antenataler Kortikosteroidtherapie (in Minuten)“ ein, das seinerseits für die Berechnung eines neuen Qualitätsindikators „Zeitgerechte Durchführung einer antenatalen Kortikosteroidgabe bei Frühgeburt“ verwendet wird.

### **Datenfeld „Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen“**

Aufgrund vermehrter externer Rückfragen bzgl. einer Geburtsdauer von insgesamt mehr als 99 Stunden (z. B. bei einer Drillingsgeburt) im Datenfeld „Geburtsdauer ab Beginn geburtswirksamer Wehen“ und einer zweistelligen Stundenangabe soll der Ausfüllhinweis dahingehend angepasst werden, dass bei einer Mehrlingsgeburt die Dauer jeder einzelnen Geburt getrennt zu berechnen ist und dass es im seltenen Fall einer zweizeitigen Geburt nicht zulässig ist, für den zweiten Zwilling den Geburtsbeginn des erstgeborenen Kindes zu dokumentieren. In diesem Fall ist der Zeitpunkt der aktiven Eröffnungsperiode erneut zu bestimmen.

Darüber hinaus soll der Ausfüllhinweis gemäß der S3-Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ dahingehend angepasst werden, dass als Beginn der Geburtsdauer der Beginn der aktiven Eröffnungsperiode zu verstehen ist. Analog zur Anpassung des Ausfüllhinweises soll das Datenfeld in „Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode“ umbenannt werden.

Weiterhin soll der Ausfüllhinweis dahingehend präzisiert werden, dass bei einer angefangenen Stunde bis 29 Minuten jeweils abzurunden ist. Bei einer angefangenen Stunde ab 30 Minuten ist auf die nächste volle Stunde aufzurunden.

### **Datenfeld „E-E-Zeit bei Notsektio“**

Da bisher noch keine Definition einer E-E-Zeit z. B. in Form eines Ausfüllhinweises vorlag und aufgrund vermehrter Nachfragen im Rahmen der plan. QI-Datenvalidierung soll ein neuer Ausfüllhinweis im Datenfeld „E-E-Zeit bei Notsektio“ aufgenommen werden, der den Begriff der Entschluss-Entwicklungszeit erläutert.

### **Neue abhängige Datenfelder „Datum“ und „Uhrzeit“ zur Anwesenheit eines Pädiaters nach der Kindsgeburt**

Um den genauen Zeitraum in Minuten bis zum Eintreffen des Pädiaters erfassen zu können, werden die beiden Datenfelder „Datum“ und „Uhrzeit“ aufgenommen. Die beiden neuen Felder sollen nur befüllt werden, wenn im Datenfeld „Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen“ „ja“ angegeben wurde.

Die beiden Felder werden nicht exportiert, sondern gehen in die berechneten Exportfelder „Abstand zwischen Geburtsuhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)“ und „Abstand zwischen Aufnahmeuhrzeit und Eintreffen des Pädiaters (in Minuten)“ ein. Diese Informationen sind innerhalb der Datenvalidierung zum Ausnahmetatbestand „Anwesenheit Pädiater“ gemäß plan. QI-RL erforderlich.

### **Datenfelder „Uhrzeit der Geburt“**

Da im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie auffällig wurde, dass im Feld „Uhrzeit der Geburt“ häufig gerundete Werte dokumentiert werden, wird der Ausfüllhinweis um den Hinweis, dass der minutengenaue Wert erwartet wird, ergänzt.

### **Datenfelder „Gewicht des Kindes“**

Da im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie auffällig wurde, dass im Datenfeld „Gewicht des Kindes“ häufig gerundete Werte dokumentiert werden, wird der Ausfüllhinweis um den Hinweis, dass der genaue, ungerundete Wert erwartet wird, ergänzt.

Der bestehende Teil des Ausfüllhinweises entfällt im Zusammenhang mit der Anpassung an den aktuellen § 31 PStV (Personenstandsverordnung).

### **Neues Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“**

Gemäß nationaler und internationaler klinischer Leitlinien sollen Neugeborene gestillt nach Hause entlassen werden. Aus diesem Grund soll ein neues Datenfeld „Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung“ mit den Schlüsselwerten „ausschließlich mit Muttermilch ernährt“, „mindestens teilweise mit Muttermilch ernährt“ und „ausschließlich mit Formula ernährt“ eingeführt werden. Im zugehörigen Ausfüllhinweis werden die Schlüsselwerte konkretisiert.

Zukünftig soll mittels dieses neuen Datenfeldes ein neuer Qualitätsindikator zur Stillförderung entwickelt werden.

### **Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“**

Da im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie auffällig wurde, dass das Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind“ von den Dokumentierenden nicht korrekt verstanden wurde, wird im Ausfüllhinweis zusätzlich darauf hingewiesen, dass bei Verlegungen das Verlegungsdatum und nicht das Entlassungsdatum angegeben werden muss.

### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Die Erläuterungen zum Minimaldatensatz zu den Anwendungsfällen „induzierte Schwangerschaftsabbrüche“ und „Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g“ werden an den

aktuellen § 31 PStV (Personenstandsverordnung) angepasst. Hierzu wird in beiden Anwendungsfällen das Gestationsalter in der Beschreibung des jeweiligen Anwendungsfalls berücksichtigt. Da bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen und Aborten mit einem Fetalgewicht unter 500 g und vor der 24. Schwangerschaftswoche nicht alle Datenfelder valide dokumentiert werden können, wird empfohlen den Zusatz „Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines Minimaldatensatzes nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder Abort handelt“ zu streichen.

**Hinweis zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren:** Dadurch ergeben sich gemäß neuer Definition einer Totgeburt bzw. Fehlgeburt ggf. mehr Totgeburten und weniger Minimaldatensätze (aufgrund weniger Fehlgeburten), d. h. es gibt grundsätzlich mehr Fälle in der Grundgesamtheit. Hierdurch können sich derzeit nicht-quantifizierbare Veränderungen hinsichtlich der Anzahl im Zähler und Nenner der Qualitätsindikatoren „E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten“ und „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ ergeben.

### 3.11 Neonatologie (NEO)

#### QS-Filter:

Im Modul NEO sind alle Fälle von Neugeborenen, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär aufgenommen oder innerhalb eines definierten Zeitraums zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### QS-Dokumentation:

##### Neues Datenfeld „Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses“

Es soll ein neues Datenfeld „Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses“ mit den folgenden gemäß QFR-RL erforderlichen Schlüsselwerten eingeführt werden:

- „Perinatalzentrum Level 1“
- „Perinatalzentrum Level 2“
- „Perinataler Schwerpunkt“
- „sonstiges“

Dieses Datenfeld soll zukünftig in der Berechnung der Ebene 1 „Todesfälle bei sehr kleinen Frühgeborenen“ des „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“ verwendet werden. Der Ausfüllhinweis soll dahingehend ergänzt werden, dass dieses Datenfeld von der QS-Software vorbelegt werden darf.

##### Datenfeld „Uhrzeit der Geburt“

Der Ausfüllhinweis soll für eine bessere Datenvalidität erweitert werden, da im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie aufgefallen ist, dass häufig gerundete oder Platzhalterwerte eingetragen werden. Für die Verknüpfung sind jedoch exakte Angaben erforderlich.

### **Datenfeld Gewicht des Kindes bei Geburt**

Der Ausfüllhinweis soll für eine bessere Datenvalidität erweitert werden, da im Zuge der Verknüpfung der Module Geburtshilfe und Neonatologie aufgefallen ist, dass häufig gerundete oder Platzhalterwerte eingetragen werden. Für die Verknüpfung sind jedoch exakte Angaben erforderlich.

### **Datenfeld „Aufnahme ins Krankenhaus von“**

Bisher wurde über die ergänzende Bezeichnung darauf hingewiesen, dass das Datenfeld nur zu befüllen ist, wenn der Aufnahmezeitpunkt nicht dem Geburtszeitpunkt entspricht. Das Datenfeld wurde in der Praxis jedoch auch häufig in anderen Fällen befüllt. Zudem gab es häufige Supportanfragen hinsichtlich der Dokumentation der Geburt eines Kindes in der Geburtsklinik (Standort 1) und Verlegung in eine angeschlossene Kinderklinik (Standort 2). Um die Dokumentation zukünftig klar zu spezifizieren wird die ergänzende Bezeichnung gestrichen. In diesem Zusammenhang wird der Schlüsselwert „eigene Geburtsklinik“ wie folgt aufgesplittet:

- „eigener Geburtsklinik am gleichen Standort“
- „eigener Geburtsklinik an anderem Standort“

Der Ausfüllhinweis wird entsprechend angepasst.

### **Datenfelder „Gewicht bei Aufnahme“ und „Kopfumfang bei Aufnahme“**

Um Eindeutigkeit zu gewährleisten, welche Werte in den Datenfeldern „Gewicht bei Aufnahme“ und „Kopfumfang bei Aufnahme“ dokumentationspflichtig sind, wird in den Ausfüllhinweisen konkretisiert, dass die Werte zum Zeitpunkt der Auslösung des Falles gemeint sind, da es ansonsten für den Dokumentierenden nicht eindeutig ist, ob die Werte bei Aufnahme in das Krankenhaus oder bei Aufnahme in die pädiatrische Abteilung zu dokumentieren sind.

### **Datenfelder „Fehlbildungen“ und „Art der Fehlbildungen“**

Das Datenfeld „Fehlbildungen“ soll in „angeborene Erkrankungen“ und das Datenfeld „Art der Fehlbildung“ analog in „Diagnose der angeborenen Erkrankung“ umbenannt werden, da in diesen Datenfeldern nicht nur angeborene Fehlbildungen, sondern darüber hinaus auch angeborene Erkrankungen dokumentiert werden sollen. Zudem soll die bisherige Liste durch eine neue „Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen“, inkl. ICD-Codes, im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Angeborenen Erkrankung“ ersetzt werden. Da in dieser neu hinterlegten Liste schwere und letale angeborene Fehlbildungen gemeinsam betrachtet werden und somit eine trennscharfe Differenzierung von „schwer“ und „letal“ nicht mehr möglich ist, sollen die Schlüsselwerte „keine“, „leichte“, „schwere“ und „letale“ in „keine oder leichte“ und „schwere oder letale“ geändert werden. Sobald der Schlüsselwert „schwere oder letale“ ausgewählt wird, muss das Feld „Diagnose der angeborenen Erkrankung“ befüllt werden.

**Hinweis:** Diese Änderungsempfehlung bzgl. der Datenfeldbezeichnungen kann aufgrund der besonderen Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren derzeit nicht in den entsprechenden Feldern im Modul 16/1 übernommen werden.

### **Datenfeld „Datum der Untersuchung“**

Da von den Dokumentierenden häufig nicht verstanden wurde, welches ophthalmologische Untersuchungsdatum im Datenfeld „Datum der Untersuchung“ gefordert wurde, wird dieses präzisiert zu „Datum der ersten Untersuchung“. Zudem wird ein erläuternder Ausfüllhinweis ergänzt.

### **Datenfelder „Sepsis/SIRS“ und „Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns“**

Der Zusatz SIRS soll aus den Datenfeldern „Sepsis/SIRS“ und „Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns“ und den zugehörigen Ausfüllhinweisen gestrichen werden, da der Begriff veraltet und nicht in den Definitionen des NEO-KISS (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) enthalten ist. Zudem sind in der ICD-10-GM keine Kriterien für die Definition des SIRS bei Patientinnen und Patienten unter 16 Jahren festgelegt und seitens der Fachgesellschaften werden keine operationalisierbaren Kriterien für Patientinnen und Patienten dieser Altersgruppe zur Verfügung gestellt.

### **Exportfeld „Abstand zwischen Aufnahmedatum und Pneumonie-Beginn“**

Das Exportfeld „Abstand zwischen Aufnahmedatum und Pneumonie-Beginn“ wird in der Erforderlichkeitstabelle umbenannt in „Abstand zwischen Geburtsdatum und Pneumonie-Beginn“, da nicht der Abstand zum Aufnahmedatum die relevante Information ist, sondern der Abstand zum Geburtsdatum. Die Berechnung des Exportfeldes wird entsprechend angepasst.

### **Neue Datenfelder „fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)“ und „Status bei Aufnahme“**

Ergänzend zum Datenfeld „nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)“ soll ein neues Datenfeld „fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)“ eingeführt werden. Der Ausfüllhinweis erläutert, dass eine umschriebene fokale Perforation zu dokumentieren ist, wenn keine weiteren entzündlichen oder nekrotischen Veränderungen an anderer Stelle des Darms (im Sinne einer NEK) vorliegen.

Weiterhin soll (bei Dokumentation einer FIP/SIP) ein neues abhängiges Datenfeld „Status bei Aufnahme“ mit den Schlüsselwerten „FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten“ und „FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor“ aufgenommen werden.

Die neuen Datenfelder sollen für die Berechnung des Qualitätsindikators „Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)“ verwendet werden.

### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Aufgrund vermehrter externer Anfragen zur bisherigen Formulierung soll die Erläuterung zum Minimaldatensatz „Behandlungsgrund: Erkrankung der Mutter“ dahingehend erweitert und geändert werden, dass für reifgeborene, gesunde Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten Schwangerschaftswochen, die nicht aufgrund eigener Erkrankung länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden (z. B. aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2)), ein Minimaldatensatz angelegt werden soll.

### 3.12 Mammachirurgie (18/1)

#### QS-Filter:

Dokumentationspflichtig sind im Modul 18/1 alle offenen Biopsien sowie alle tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien:

#### **Aufnahme neuer ICD- und OPS-Kodes in die Einschlusslisten**

Nach inhaltlicher Überprüfung der auslösenden OPS- und ICD-Kodes wird folgendes empfohlen:

- Da der Code D04.5 „Carcinoma in situ: Haut des Rumpfes“ als Einschlusskode bereits zum Auslösen des Bogens führt, sollte analog dazu auch der Code C44.5 „Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes“ in die Einschlussliste aufgenommen werden.
- Analog zu den bereits vorhandenen Einschlussprozeduren zu Lymphadenektomien im axillären Bereich soll auch der OPS-Kode 5-408.71 „Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär“ in die Einschlussliste aufgenommen werden.

#### QS-Dokumentation:

##### **Exportfeld „Geburtsjahr“**

Da das Exportfeld „Geburtsjahr“ zukünftig in der Basisauswertung dargestellt werden soll, wird es in der Erforderlichkeitstabelle als relevant für die Basisauswertung markiert.

##### **Exportfeld „Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“**

In der Erforderlichkeitstabelle wird die Datenfeldbezeichnung „Operativer Ersteingriff an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ analog zur Benennung im Dokumentationsbogen korrigiert in „Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“.

##### **Datenfeld „Mikrokalk“**

Reine Mikrokalkbefunde unterscheiden sich von Herdbefunden bezüglich ihrer Darstellbarkeit in der Bildgebung und ihres Bedarfs zur Markierung. Da im Datenfeld „Mikrokalk“ die Dokumentation von reinen Mikrokalkbefunden erwartet wird, wird empfohlen, das Datenfeld im Sinne einer Konkretisierung in „Mikrokalk ohne Herdbefund“ umzubenennen. Des Weiteren wird empfohlen, einen Ausfüllhinweis aufzunehmen, der die vorgenommene Präzisierung unterstützt.

##### **Datenfelder „maligne Neoplasie“**

Aufgrund häufiger Rückfragen der Dokumentierenden wird empfohlen, in den Ausfüllhinweisen der Datenfelder „maligne Neoplasie“ folgende Hinweise zu ergänzen:

##### ▪ **„maligne Neoplasie“ [Präoperative Informationen]**

Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „maligne Neoplasie“ soll der Hinweis ergänzt werden, dass hier die prätherapeutische bzw. präoperative pathologische Befundung gemeint ist.

▪ **„maligne Neoplasie“ [Histologie und Staging]**

Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „maligne Neoplasie“ soll der Hinweis ergänzt werden, dass hier die postoperative pathologische Befundung gemeint ist.

Des Weiteren wird in den Ausfüllhinweisen beider Felder der Internet-Link zum Manual des Krebsregisters aktualisiert.

Der Schlüsselwert „8571/3 = Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie“ konnte bisher nicht dokumentiert werden, da er nicht im Schlüssel zum Datenfeld „maligne Neoplasie“ vorhanden war. Da sich in der Praxis zeigte, dass der Code dokumentierbar sein muss, wird auf Anregung der Dokumentierenden empfohlen, den Code in den Schlüssel „ICD-O-3 (Mammakarzinom)“ zum Feld „maligne Neoplasie“ aufzunehmen.

**Datenfelder „HER2-Status“ und „Ki67-Status“**

Da die Merkmale HER2 und Ki67 bei duktalem Carcinoma in situ (DCIS) nicht ausgebildet werden, sollen die beiden Datenfelder „HER2-Status“ und „Ki67-Status“ aus der bestehenden Feldgruppe der prätherapeutischen pathomorphologischen Befunde gelöst und so plausibilisiert werden, dass sie nur noch bei invasiven Karzinomen und nicht mehr bei DCIS dokumentiert werden müssen. Diese Änderung wurde bereits mit dem Update der Spezifikation 2020 umgesetzt.

**Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“**

Aufgrund häufiger Supportanfragen wird empfohlen, den Ausfüllhinweis zum Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“ zu überarbeiten und enger an die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der AWMF anzulehnen. Des Weiteren wird eine Präzisierung des Zielortes der Clips zur Markierung in Brust oder Axilla vorgenommen.

**Datenfeld „intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie“**

Da auch bei ultraschallgesteuerter Operation eine Präparatekontrolle erforderlich ist, wird empfohlen, einen entsprechenden, an die S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der AWMF angelehnten Ausfüllhinweis zu ergänzen.

Das Datenfeld soll zukünftig auch ausgefüllt werden, wenn im Datenfeld „präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren“ der Schlüsselwert „nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP“ ausgewählt wurde.

**Exportfeld „Operation“**

Da das Exportfeld „Operation“ zukünftig in die Berechnung der Qualitätsindikatoren „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ und „Intraoperative Präparateradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ eingehen soll, wird es in der Erforderlichkeitstabelle als relevant für die Indikatorberechnung markiert.

### **Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“**

Das Datenfeld „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ kann derzeit befüllt werden, wenn im Datenfeld „Erkrankung an dieser Brust“ einer der folgenden die Schlüsselwerte dokumentiert wurde:

- „Primärerkrankung“
- „lokoregionäres Rezidiv nach BET“
- „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“
- „prophylaktische Mastektomie“

Verpflichtend ist die Dokumentation der Histologie nur bei den ersten drei genannten Erkrankungen.

Da sich auch im Zuge der sekundären plastischen Rekonstruktion postoperativ eine Histologie mit malignem Befund ergeben kann, wird empfohlen, auch in diesen Fällen eine optionale Dokumentation des Datenfeldes „Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ zuzulassen.

### **Datenfeld „pN“**

Um den klinisch unauffälligen (axillären) Lymphknotenstatus abbilden zu können, soll der Schlüssel „Path. N-Stadium Mamma“ um das c-Suffix (klinisches Stadium) in Form des Schlüsselwertes „cN0“ ergänzt werden.

### **Datenfelder „Grading“ und „Grading (WHO)“**

Für die beiden Datenfelder werden folgende Änderungen empfohlen:

- **„Grading“**  
Da das Grading bei DCIS gemäß Graduierungsschema der Weltgesundheitsorganisation vorgenommen wird, wird empfohlen, das in diesen Fällen zu dokumentierende Datenfeld umzubenennen in „Grading (WHO)“.
- **„Grading (WHO)“**  
Da das Grading bei invasivem Karzinom als Primärtumor gemäß Elston und Ellis vorgenommen wird, wird empfohlen, das in diesen Fällen zu dokumentierende Datenfeld umzubenennen in „Grading (Elston und Ellis)“ und den nicht mehr zutreffenden Zusatz „(WHO)“ zu streichen.

### **Datenfeld „HER2-Status“**

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass in der aktuellen S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ der Schlüsselwert „zweifelhaft/Borderline-Kategorie“ derzeit noch aufgeführt ist, in dem zeitlich später publizierten Update von 2018 der ASCO/CAP jedoch entfällt, wird empfohlen, den Schlüsselwert in „Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)“ umzubenennen.

Des Weiteren wird empfohlen, den Ausfüllhinweis gemäß Update der ASCO/CAP anzupassen.

### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

### **3.13 Dekubitusprophylaxe (DEK)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul DEK sind alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine inhaltlichen Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine modulspezifischen Änderungen in der QS-Dokumentation. Redaktionelle Änderungen sind Abschnitt 2.5 zu entnehmen.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

#### **Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)**

Um den Vorgaben des 2020 eingeführten Standortregisters zu entsprechen, wird das Feld „entlassender Standort“ analog zur QS-Dokumentation durch das Exportfeld „entlassender Standort 6-stellig“ ersetzt.

Des Weiteren wird empfohlen, das Exportfeld „Monat des Aufnahmetages“ in die Risikostatistik aufzunehmen, um die korrekte Auslösung des Falles auf Ebene der Risikostatistik prüfen zu können.

### **3.14 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1), Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Knieendoprothesenversorgung (KEP)**

Nachfolgend werden übergreifende Empfehlungen für die Module zur Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung, zur Hüftendoprothesenversorgung und zur Knieendoprothesenversorgung erläutert.

#### **QS-Dokumentation:**

##### **Datenfelder „Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“ und „Gehstrecke bei Entlassung“ (17/1, HEP und KEP)**

Aufgrund von Fragen und Fehldokumentationen sollen diese Datenfelder wie folgt konkretisiert werden.

- **Umbenennung des Datenfeldes „Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“**  
Die Bezeichnung des Datenfeldes „Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“ wird umbenannt in „Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“. Auf diese Weise soll

verdeutlicht werden, dass Angaben zur Mobilität im Alltag vor dem Krankenhausaufenthalt und vor der Fraktur zu dokumentieren sind.<sup>8</sup>

▪ **Konkretisierung der Antwortmöglichkeit „Gehen am Stück bis 500m möglich“**

Zur Konkretisierung soll der Schlüsselwert „Gehen am Stück bis 500m möglich“ in „Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)“ umbenannt werden. Der Begriff „Nahbereich“ gründet auf der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu „Nahbereich“.<sup>9</sup>

Im Ausfüllhinweis wird erläutert, dass die Angabe „500m“ bzw. „Nahbereich“ beispielhaft für die Fähigkeit steht, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen (z. B. für einen Spaziergang, Erledigung von Alltagsgeschäften).

▪ **Umbenennung der Antwortmöglichkeit „auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)“**

Der bisherige Schlüsselwert „auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht)“ wird in „Gehen am Stück bis 50m möglich“ umbenannt, da die bisherige Formulierung für Patientinnen und Patienten, die mit Frakturen aufgenommen werden, missverständlich war. Um auf technischer Ebene weiterhin einen feldübergreifenden Schlüssel verwenden zu können, wird die Umbenennung für beide Datenfelder<sup>10</sup> umgesetzt.

▪ **Datenfeld „Gehstrecke bei Entlassung“**

Für dieses Datenfeld soll eine Plausibilitätsregel ergänzt werden, die sicherstellt, dass dieses Datenfeld bei Patientinnen und Patienten mit dem Entlassungsgrund „Tod“ nicht ausgefüllt werden muss.

**Neue Datenfelder „Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)“ (17/1 und HEP), „Treppensteigen“ (KEP) und „Treppensteigen bei Entlassung“ (17/1, HEP und KEP)**

Die Fähigkeit zum Treppensteigen ist ein wichtiger Aspekt bei der Entlassung in die häusliche Situation oder in eine Rehabilitationseinrichtung. Um diesen in der QS-Dokumentation abzubilden, sollen entsprechende neue Datenfelder in den Modulen 17/1, HEP und KEP eingeführt werden. Die Datenfelder zum Treppensteigen vor Aufnahme und bei Entlassung sollen jeweils einen Ausgangs- und Ergebniswert für einen neuen Qualitätsindikator liefern.

Die Schlüsselwerte und Ausfüllhinweise der neuen Felder orientieren sich an der Frage zum Treppensteigen aus dem Barthel-Index nach dem Hamburger Manual, der in Krankenhäusern als Instrument zur Pflegeanamnese etabliert ist.

Die neuen Datenfelder sollen folgende Schlüsselwerte und Ausfüllhinweise erhalten:

▪ **selbständiges Treppensteigen möglich**

<sup>8</sup> Analog hierzu wird der Klammerzusatz „bei Aufnahme oder vor der Fraktur“ in den Modulen 17/1, HEP und KEP im Datenfeld „Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“ in „vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur“ umbenannt (siehe Abschnitt 2.5).

<sup>9</sup> BSG, Urt. v. 30.01.2002 (AZ: B 5 RJ 36/01 R), Urt. v. 18.05.2011 (B 3 KR 7/10 R) und Urt. v. 12.12.2011 (AZ: B 13 R 21/10 R, AZ: B 13 R 79/11 R).

<sup>10</sup> „Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)“ und „Gehstrecke bei Entlassung“.

Die Patientin oder der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. ihrer/seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann.

▪ **benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen**

Die Patientin oder der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter.

▪ **unfähig, allein Treppen zu steigen**

Die Patientin oder der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.

**Datenfeld „Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?“ (17/1 und HEP)**

In diesem Datenfeld ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den die Patientin oder der Patient durch den MDK eingestuft wurde. Um dies zu verdeutlichen, wird ein entsprechender Ausfüllhinweis ergänzt. Diese Konkretisierung ist notwendig, weil sich der für die Risikoadjustierung benötigte Pflegegrad zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Pflegegrad aus dem OPS-Kode unterscheiden können.

**Neues Datenfeld „Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt“ (17/1 und HEP)**

Wird eine Höherstufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist laut DIMDI neben dem Code zur Pflegebedürftigkeit zusätzlich der Code 9-984.b anzugeben. Diese Information soll für die Risikoadjustierung in den folgenden Qualitätsindikatoren genutzt werden:

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (17/1)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (HEP)
- Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit (HEP)

Das neue Ja/Nein-Datenfeld soll automatisch befüllt werden je nachdem, ob der OPS-Kode 9-984.b vorliegt. Es wird ein entsprechender Ausfüllhinweis hinterlegt.

**Datenfelder „auslösende OPS-Kodes“ (HEP und KEP)**

Die Datenfelder „auslösende OPS-Kodes“ in den Modulen HEP und KEP dienen der Steuerung und Plausibilisierung der untergeordneten Teildatensätze. Gemeint sind hier nicht ausschließlich auslösende Codes. Da die Datenfeldbezeichnung die Funktion der Felder nicht korrekt wiedergibt, sollen sie in „teildatensatzsteuernde OPS-Kodes“ umbenannt werden. Eine ergänzende Bezeichnung konkretisiert, dass hier die auslösenden Codes und ggf. der Zusatzcode 5-829.n dokumentiert werden sollen. Diese Anpassung wurde im Rahmen der technischen Umsetzung bereits für die Spezifikation 2020 vorgenommen.

**Datenfelder zu spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen (17/1, HEP und KEP)**

Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?“ soll der Begriff „behandlungsbedürftig“ für das Erfassungsjahr 2021 näher

erläutert werden. Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden. Dies entspricht der Definition des DIMDI für Nebendiagnosen.

Infolgedessen können die darauffolgenden Felder folgendermaßen vereinheitlicht werden:

- Die Bezeichnung des Datenfeldes „OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom“ wird gekürzt zu „Nachblutung/Wundhämatom“. Der Ausfüllhinweis kann entfallen.
- Die Bezeichnung des Datenfeldes „OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion“ wird gekürzt zu „Gefäßläsion“. Der Ausfüllhinweis kann entfallen.
- Die Bezeichnung des Datenfeldes „reoperationspflichtige Wunddehiszenz“ wird gekürzt zu „Wunddehiszenz“. Im Ausfüllhinweis wird das Wort „reoperationspflichtig“ durch „behandlungsbedürftig“ ersetzt.
- Die Bezeichnung des Datenfeldes „reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder“ wird gekürzt zu „sekundäre Nekrose der Wundränder“. Im Ausfüllhinweis wird das Wort „reoperationspflichtig“ durch „behandlungsbedürftig“ ersetzt.

#### **Datenfelder zu allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen (17/1, HEP und KEP)**

Im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?“ soll der Begriff „behandlungsbedürftig“ für das Erfassungsjahr 2021 näher erläutert werden. Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden. Dies entspricht der Definition des DIMDI für Nebendiagnosen.

- **Neues Datenfeld „Delir, akute delirante Symptomatik“ (17/1 und HEP)**

In der Feldgruppe zu allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen soll ein neues Datenfeld „Delir, akute delirante Symptomatik“ ergänzt werden und erhält die ergänzende Bezeichnung „gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf“. Das Delir (auch akuter Verwirrtheitszustand) tritt häufig postoperativ bei bis zu 30 % der Patientinnen oder Patienten auf Intensivstationen auf, insbesondere bei älteren Menschen. Nach einer Femurfraktur bei geriatrischen Patientinnen oder Patienten ist es mit ca 40 % eine der häufigsten Komplikationen. Das Delir soll deshalb zukünftig als allgemeine Komplikation erfasst werden.

- **Neues Datenfeld „Demenz“ in den Modulen (17/1 und HEP)**

Die Abgrenzung zwischen einem Delir und einer vorbestehenden Demenzerkrankung ist in der Praxis teilweise schwer möglich. Hinzu kommt, dass eine Demenzerkrankung das Komplikationsrisiko im Behandlungsverlauf, vor allem aber das Auftreten eines Delirs deutlich erhöht. Somit ist die Berücksichtigung einer Demenzerkrankung zur Beurteilung des Delirs als Komplikation im QS-Verfahren notwendig.

Bei Fällen, bei denen ein Delir dokumentiert wird, soll daher im Datenfeld „Demenz“ erfragt werden, ob auch eine Demenzerkrankung vorliegt.

### **Neues Datenfeld „Versorgung bei Polytrauma“ (17/1, HEP und KEP)**

Es soll die Möglichkeit eröffnet werden, Patientinnen oder Patienten mit Polytraumen bei den folgenden Prozessindikatoren auszuschließen:

- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (17/1)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (17/1)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen (17/1)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (HEP)
- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (HEP)
- Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (HEP)
- Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur (HEP)
- Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation (HEP)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (HEP)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (HEP)
- Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit (HEP)
- Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation (KEP)
- Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel (KEP)
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung (KEP)
- Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit (KEP)

Das neue Ja/Leer-Datenfeld soll automatisch befüllt werden je nachdem, ob der OPS-Kode 5-982 vorliegt. Es wird ein entsprechender Ausfüllhinweis hinterlegt.

### **Neues Datenfeld „andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde“ (HEP und KEP)**

Dieses Datenfeld soll als Restekategorie am Ende der Feldgruppe im Abschnitt „Röntgendiagnostik/Klinische Befunde“ ergänzt werden, damit auch Befunde, die keiner der zuvor genannten Kategorien entsprechen, dokumentierbar sind.

### **3.15 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul 17/1 sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, bei Patientinnen oder Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2021 keine modulspezifischen Änderungen in diesem Modul.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Der Anwendungsfall „Knochenfraktur beim Einsetzen einer Gelenkprothese“ wird in die Erläuterungen zum Minimaldatensatz aufgenommen.

Knochenfrakturen, die beim Einsetzen einer Gelenkprothese auftreten und während der Endoprothesenoperation osteosynthetisch versorgt werden, können den Bogen auslösen, ohne dass dieser abgeschlossen werden kann. Für diese Fälle ist ein Minimaldatensatz anzulegen.

### **3.16 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 ergeben sich folgende Änderungen:

#### **Streichung des OPS-Kodes 5-821.x „Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstiges“**

Der Code 5-821.x „Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstiges“ wird überwiegend nicht zur Kodierung einer Wechseloperation verwendet, sondern beschreibt die Entfernung einer Endoprothese oder eine unspezifische Prozedur. Im Erfassungsjahr 2021 soll der OPS-Kode daher aus der Liste TEPWEC OPS der Auslösekriterien gestrichen werden.

#### **QS-Dokumentation:**

#### **Datenfeld „vorbestehende Koxarthrose“**

Dieses Datenfeld, das bisher nur im Teildatensatz zur hüftgelenknahen Femurfraktur erfasst wurde, soll auf den Prozedur-Bogen verschoben werden, da die Information auch für die elektive

Erstimplantation relevant ist. Das Datenfeld soll nun an den Beginn des Abschnittes „Präoperative Befunde“ gestellt werden und kann deshalb in „Koxarthrose“ umbenannt werden.

Da bei Patientinnen oder Patienten mit Totalendoprothesenwechsel (OPS 5-821.3-, 5-821.4-, 5-821.5- oder 5-821.6-) keine Koxarthrose vorliegen kann, wird über eine neue Feldgruppenregel sichergestellt, dass das Datenfeld in diesen Fällen nicht befüllt werden muss.

#### **Neues Datenfeld „Indikation ,Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor“**

Dieses Datenfeld soll ergänzt werden, damit die posttraumatische Hüftkopfnekrose in den Qualitätsindikator „Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ integriert werden kann. Bislang wird die Indikationsstellung für diese Fälle nur über das Schmerzausmaß erreicht. Um den Dokumentationsaufwand für die Leistungserbringer gering zu halten, ist das neue Datenfeld nur auszufüllen, wenn eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt wurde.

Als Folge dieser Änderung werden im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Art des Eingriffs“ „posttraumatische Hüftkopfnekrosen“ als Indikation für „elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation“ aufgenommen.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

#### **Zählleistungsbereiche Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP\_IMP) und Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP\_WE)**

Der Zählleistungsbereich HEP\_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Hüftendoprothese.

Der Zählleistungsbereich HEP\_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2021 ergeben sich folgende Änderungen für das Modul HEP\_WE:

#### **Streichung des OPS-Kodes 5-821.x „Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstiges“**

Der Code 5-821.x „Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstiges“ wird überwiegend nicht zur Kodierung einer Wechseloperation verwendet, sondern beschreibt die Entfernung einer Endoprothese oder eine unspezifische Prozedur. Im Erfassungsjahr 2021 soll der OPS-Kode daher aus der Liste TEPWEC\_OPS der Auslösekriterien gestrichen werden.

### **3.17 Knieendoprothesenversorgung (KEP)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul KEP sind alle Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese und alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

#### **QS-Dokumentation:**

##### **Datenfeld „Liegt eine Gonarthrose vor?“<sup>11</sup>**

Über eine Feldgruppenregel wird sichergestellt, dass dieses Datenfeld bei der Dokumentation von Wechseln einer bikondylären Oberflächenersatzprothese (OPS 5-823.2) nicht ausgefüllt werden muss, da in diesen Fällen keine Gonarthrose vorliegen kann.

#### **Erläuterungen zum Minimaldatensatz:**

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

#### **Zählleistungsbereiche Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP\_IMP) und Wechsel und Komponentenwechsel (KEP\_WE)**

Der Zählleistungsbereich KEP\_IMP beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einer Erstimplantation einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese.

Der Zählleistungsbereich KEP\_WE beinhaltet alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit einem Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder einer Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es keine modulspezifischen Änderungen für diese Zählleistungsbereiche.

### **3.18 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)**

#### **QS-Filter:**

Im Modul PNEU sind Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden, bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien:

---

<sup>11</sup> Redaktionelle Änderungen an diesem Datenfeld sind Abschnitt 2.5 zu entnehmen.

### **Aufnahme der Ausschlussdiagnose Z95.80 „Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems“**

Da viele Patientinnen und Patienten, bei denen ein herzunterstützendes System vorhanden ist, kurz zuvor einen Krankenhausaufenthalt hatten, könnte bei Ihnen die Pneumonie als nosokomial klassifiziert werden. Des Weiteren kann es bei diesen Patientinnen und Patienten zu Dokumentationsproblemen kommen. So sind z. B. die Angaben in den Datenfeldern zum systolischen und diastolischen Blutdruck bei Patientinnen und Patienten mit kontinuierlich arbeitenden Pumpen, die einen konstanten Druck generieren, nicht möglich. Es wird daher empfohlen, den ICD-Kode Z95.80 „Vorhandensein eines herzunterstützenden Systems“ in die Ausschlussliste PNEU\_ICD\_EX aufzunehmen.

#### **QS-Dokumentation:**

##### **Neues Datenfeld „erste Sauerstoffsättigung“**

Da die Sauerstoffsättigung als relevanter Risikofaktor für die Risikoadjustierung des Qualitätsindikators „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Raten (O/E) an Todesfällen“ betrachtet wird, wird empfohlen, ein neues Datenfeld „erste Sauerstoffsättigung in die Spezifikation aufzunehmen.

Das Datenfeld soll die ergänzende Bezeichnung „nach Aufnahme“ und folgende Schlüsselwerte erhalten:

- unter 90 %
- mindestens 90 %
- unter 90 % mit Sauerstoffgabe
- mindestens 90 % mit Sauerstoffgabe

Das neue Datenfeld soll nur ausgefüllt werden, wenn im vorangehenden Datenfeld ein Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie angegeben wurde.

Im Ausfüllhinweis wird auf das unterschiedliche Vorgehen bei der Messung bei Patientinnen und Patienten mit und ohne Sauerstofflangzeittherapie hingewiesen.

##### **Datenfeld „Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?“**

Um den dokumentierten Therapieverzicht eindeutiger zu operationalisieren und die Validität der Daten zu verbessern, wird empfohlen, im Ausfüllhinweis deutlicher darzustellen, unter welchen Voraussetzungen das Datenfeld mit „ja“ dokumentiert werden darf. Das Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht erfolgte. Durch die Konkretisierung des Ausfüllhinweises kann die bisherige ergänzende Bezeichnung entfallen.

Des Weiteren wird empfohlen, den Gesetzesbezug im Ausfüllhinweis zu aktualisieren.

## 4 Releaseplanung

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die QS-Basispezifikation für das Erfassungsjahr 2021 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

*Tabelle 2: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2021*

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2021 V01	Juni 2020	finale Version
2021 V02	September 2020	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2021 V03	November 2020	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Fehlerkorrekturen)
2021 V04	bei Bedarf	Patches

## Literatur

Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015):  
2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the  
prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with  
Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European  
Society of Cardiology (ESC). Endorsed by: Association for European Paediatric and  
Congenital Cardiology (AEPC). *European Heart Journal* 36(41): 2793-2867. DOI:  
10.1093/eurheartj/ehv316.