

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2017 zur Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Vom 21. Juli 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juli 2016 auf Grundlage von § 4 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie gemäß § 137 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-RL) die Änderungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2017 (**Anlage**) beschlossen.

Die Spezifikation für das Erfassungsjahr 2017 ist von dem Institut nach § 137a SGB V auf dessen Internetseite unter www.iqtig.org zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 21. Juli 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2017

Dokumente zu QS-Verfahren gemäß QSKH-RL

Stand: 26. Mai 2016

Impressum

Thema:

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2017.
Dokumente zu QS-Verfahren gemäß QSKH-RL

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

26. Mai 2016

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

<http://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Änderungsbedarf für die Spezifikation 2017 in den indirekten Verfahren

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
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
NEO	Neonatologie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung

Änderungsbedarf für die Spezifikation 2017 in den direkten Verfahren

HCH	Herzchirurgie
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
HTXFU	Follow-up Herztransplantation
LLS	Leberlebendspende
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NLS	Nierenlebendspende
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation

MDS Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Sollstatistik

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-1	Art der Versicherung
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2-2	Patientenidentifizierende Daten
2	eGK-Versichertennummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>	
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor. <input type="checkbox"/> 1 = ja
Basisdokumentation	
3	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
7	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt <input type="checkbox"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11-19	Präoperative Anamnese/Klinik
11	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
12	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
13	Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV
14	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges
15	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

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

16	<p>Persistenz der Bradykardie <input type="checkbox"/></p> <p>1 = persistierend 2 = intermittierend</p>	22	<p>intraventrikuläre Leitungsstörungen <input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige</p>
17	<p>erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation <input type="checkbox"/></p> <p>1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%</p>	23	<p>QRS-Komplex <input type="checkbox"/></p> <p>1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 150 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms</p>
18	<p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig</p>	24	<p>Pausen außerhalb von Schlafphasen <input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine Pause 1 = <= 3 s 2 = > 3 s bis <= 6 s 3 = > 6 s 4 = nicht bekannt</p>
19	<p>Nierenfunktion/Serum Kreatinin <input type="checkbox"/></p> <p>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</p>	25	<p>Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen <input type="checkbox"/></p> <p>0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen</p>
20-33	Präoperative Diagnostik	26	<p>Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = >= 50/min 4 = nicht bekannt</p>
20-26	Indikationsbegründende EKG-Befunde	27-28	Linksventrikuläre Funktion
20	<p>Vorhoffrhythmus <input type="checkbox"/></p> <p>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>	27	<p>Ejektionsfraktion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> % EF</p>
21	<p>AV-Block <input type="checkbox"/></p> <p>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>	28	<p>EF nicht bekannt <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

29-33 Zusätzliche Kriterien	
wenn Feld 14 IN (1;5;7)	
29>	AV-Knotendiagnostik <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>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</p>
wenn Feld 14 IN (6;8;9)	
30>	neurokardiogene Diagnostik <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides</p>
wenn Feld 14 = 7	
31>	Kammerfrequenz regelmäßig <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 14 IN (1;5;6)	
32>	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 14 IN (9;10)	
33>	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
34-41 Operation	
34	OP-Datum TT.MM.JJJJ <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
35	Operation OPS http://www.dimdi.de <div style="text-align: right;"> 1. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> </div>

36-38 Zugang des implantierten Systems	
36	Vena cephalica <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = ja</p>
37	Vena subclavia <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = ja</p>
38	andere <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = ja</p>
39	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten </div>
40	Dosis-Flächen-Produkt Flächendosisprodukt <div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cGy)* cm² </div>
41	Dosis-Flächen-Produkt Flächendosisprodukt nicht bekannt <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = ja</p>
42-65 Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)	
42-42 Schrittmachersystem	
42	System <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> <p>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges</p>
43-43 Schrittmacher-Aggregat	
43	Hersteller des Aggregats <div style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></div> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

44-65	Schrittmachersonden
44-50	Vorhofsonde
<i>wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9)</i>	
44>	<p>NBL-Code 1- Ziffer</p> <p>B = bipolar M = multipolar U = unipolar</p>
45>	<p>NBL-Code 2- Ziffer</p> <p>0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde</p>
46>	<p>Hersteller der Vorhofsonde</p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston-Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude-Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
<i>wenn Feld 42 IN (2;3;5;9)</i>	
47>	<p>Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
48>	<p>Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms</p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 9 = aus anderen Gründen</p>
<i>wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9)</i>	
49>	<p>P-Wellen-Amplitude intraoperativ</p>
50>	<p>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen P-Wellen-Amplitude, intraoperativ</p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>

51-57	Ventrikel
51-57	Rechtsventrikuläre Sonde
<i>wenn Feld 42 IN (1;3;4;5;6;9)</i>	
51>	<p>NBL-Code 1- Ziffer</p> <p>B = bipolar M = multipolar U = unipolar</p>
52>	<p>NBL-Code 2- Ziffer</p> <p>0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde</p>
53>	<p>Hersteller der rechtsventrikulären Sonde</p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston-Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude-Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
54>	<p>Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
55>	<p>Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms</p> <p>1 = ja</p>
56>	<p>R-Amplitude intraoperativ</p>
57>	<p>R-Amplitude nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ</p> <p>1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
58-65	Linksventrikuläre Sonde
58	<p>Linksventrikuläre Sonde aktiv?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

wenn Feld 58 = 1	
59>	Position: Dimension 1 1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär
60>	Position: Dimension 2 1 = anterior 2 = anterolateral 3 = lateral/posterolateral 4 = posterior
wenn Feld 42 IN (5;6;9) oder wenn Feld 58 = 1	
61>	NBL-Code 1- Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
62>	NBL-Code 2- Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
63>	Hersteller der linksventrikulären Sonde 1 = Biotronik 3 = Boston-Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
64>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms
65>	Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms

66-81 Peri- bzw. postoperative Komplikationen	
66	peri- bzw. postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 66 = 1	
67>	Asystolie 1 = ja
68>	Kammerflimmern 1 = ja
69>	interventionspflichtiger Pneumothorax 1 = ja
70>	interventionspflichtiger Hämatothorax 1 = ja
71>	interventionspflichtiger Perikarderguss 1 = ja
72>	interventionspflichtiges Taschenhämatom 1 = ja
73>	Sondendislokation 1 = ja
74-75 Ort der Sondendislokation	
wenn Feld 73 <> LEER	
74>>	Sondendislokation im Vorhof 1 = ja

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

75>>	Sondendislokation im Ventrikel 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 66 = 1		
76>	Sondendysfunktion 1 = ja	<input type="checkbox"/>
77-78 Ort der Sondendysfunktion		
wenn Feld 76 <> LEER		
77>>	Sondendysfunktion im Vorhof 1 = ja	<input type="checkbox"/>
78>>	Sondendysfunktion im Ventrikel 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 66 = 1		
79>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 79 <> LEER		
80>>	CDC-Klassifikation 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 66 = 1		
81>	sonstige interventionspflichtige Komplikation 1 = ja	<input type="checkbox"/>
82-84 Entlassung		
82	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ	<input type="text"/>

83	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 2	<input type="checkbox"/>
84	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/> 6. <input type="text"/> . <input type="text"/> 7. <input type="text"/> . <input type="text"/> 8. <input type="text"/> . <input type="text"/>

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1051 = Langzeitbereich Kinder
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1090 = Pädiatrie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1091 = Pädiatrie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1092 = Pädiatrie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1100 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1190 = Kinderkardiologie
0190 = Innere Medizin	1191 = Kinderkardiologie
0191 = Innere Medizin	1192 = Kinderkardiologie
0192 = Innere Medizin	1200 = Neonatologie
0200 = Geriatrie	1290 = Neonatologie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1291 = Neonatologie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1292 = Neonatologie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1300 = Kinderchirurgie
0290 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0291 = Geriatrie	1391 = Kinderchirurgie
0292 = Geriatrie	1392 = Kinderchirurgie
0300 = Kardiologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0391 = Kardiologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0392 = Kardiologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0400 = Nephrologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0490 = Nephrologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0491 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0492 = Nephrologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0600 = Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1600 = Unfallchirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1690 = Unfallchirurgie
0690 = Endokrinologie	1691 = Unfallchirurgie
0691 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0692 = Endokrinologie	1700 = Neurochirurgie
0700 = Gastroenterologie	1790 = Neurochirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1792 = Neurochirurgie
0790 = Gastroenterologie	1800 = Gefäßchirurgie
0791 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0792 = Gastroenterologie	1891 = Gefäßchirurgie
0800 = Pneumologie	1892 = Gefäßchirurgie
0890 = Pneumologie	1900 = Plastische Chirurgie
0891 = Pneumologie	1990 = Plastische Chirurgie
0892 = Pneumologie	1991 = Plastische Chirurgie
0900 = Rheumatologie	1992 = Plastische Chirurgie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2000 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0991 = Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0992 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
1000 = Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	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)

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin	Pflegesätze)
2190 = Herzchirurgie	3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
2191 = Herzchirurgie	3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
2192 = Herzchirurgie	3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
2200 = Urologie	3200 = Nuklearmedizin
2290 = Urologie	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
2291 = Urologie	3290 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3291 = Nuklearmedizin
2300 = Orthopädie	3292 = Nuklearmedizin
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3300 = Strahlenheilkunde
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2390 = Orthopädie	3390 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde
2392 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3400 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3490 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3491 = Dermatologie
2425 = Frauenheilkunde	3492 = Dermatologie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2500 = Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2590 = Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2591 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2592 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2700 = Augenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2790 = Augenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2791 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2792 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2800 = Neurologie	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2890 = Neurologie	3690 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3691 = Intensivmedizin
2892 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3700 = sonstige Fachabteilung
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3750 = Angiologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3751 = Radiologie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3752 = Palliativmedizin
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3753 = Schmerztherapie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3755 = Wirbelsäulen Chirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3756 = Suchtmedizin
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3757 = Visceralchirurgie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3792 = Sonstige Fachabteilung
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	
2990 = Allgemeine Psychiatrie	Schlüssel 2
2991 = Allgemeine Psychiatrie	01 = Behandlung regulär beendet
2992 = Allgemeine Psychiatrie	02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	07 = Tod
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	11 = Entlassung in ein Hospiz
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
	14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
	15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

- 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)

Ausfüllhinweise Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>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.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
Patientenidentifizierende Daten			
2	eGK-Versichertennummer	-	<p>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 kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>			
neu	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u>	1 = ja	<u>Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</u>
Basisdokumentation			
3	Institutionskennzeichen	-	<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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche</p>

			<p>inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
7	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.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u>.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<p>1 = normaler, gesunder Patient</p> <p>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt</p> <p>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</p> <p>ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient)</p> <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>[...]</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
12	führendes Symptom	<p>0 = keines (asymptomatisch)</p> <p>1 = Präsynkope/Schwindel</p> <p>2 = Synkope einmalig</p> <p>3 = Synkope rezidivierend</p> <p>4 = synkopenbedingte Verletzung</p> <p>5 = Herzinsuffizienz</p> <p>8 = Symptome einer Vorhoffropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom</p> <p>9 = asymptomatisch unter externer Stimulation</p> <p>99 = sonstiges</p>	das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom
13	Herzinsuffizienz	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja, NYHA I</p> <p>2 = ja, NYHA II</p> <p>3 = ja, NYHA III</p> <p>4 = ja, NYHA IV</p>	Zu dokumentieren ist die NYHA-Klasse VOR der Implantation des Schrittmachers.
14	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	<p>1 = AV-Block I, II oder III</p> <p>5 = Schenkelblock</p> <p>6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern)</p> <p>7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern</p> <p>8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)</p> <p>9 = Vasovagales Syndrom (VVS)</p> <p>10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)</p> <p>99 = sonstiges</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 paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren.
15	Ätiologie	<p>1 = angeboren</p> <p>2 = neuromuskulär</p> <p>3 = infarktbedingt</p> <p>4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant</p> <p>5 = sonstige Ablationsbehandlung</p> <p>6 = Zustand nach herzchirurgischem Eingriff</p> <p>7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)</p> <p>9 = sonstige/unbekannt</p>	<p>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).</p> <p>Ablation bei Vorhofflimmern ist unter "sonstige Ablationsbehandlung" zu dokumentieren.</p> <p>Unter sonstiges sind - da nicht leitlinienrelevant - u. a. zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kardiomyopathisch (entzündlich, chronisch, akut) • arteriosklerotisch • systemerkrankungsbedingt • toxisch • degenerativ
16	Persistenz der Bradykardie	<p>1 = persistierend</p> <p>2 = intermittierend</p>	-
17	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	<p>1 = >= 95%</p> <p>2 = >= 40% bis < 95%</p> <p>3 = < 40%</p>	-
18	Diabetes mellitus	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja, nicht insulinpflichtig</p> <p>2 = ja, insulinpflichtig</p>	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.
19	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	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.
Präoperative Diagnostik			
Indikationsbegründende EKG-Befunde			
20	Vorhofrhythmus	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.
21	AV-Block	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.
22	intraventrikuläre Leitungsstörungen	0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige	-
23	QRS-Komplex	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 2 = 120 bis < 150 ms 3-5 = >= 150 ms	-
24	Pausen außerhalb von Schlafphasen	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.

25	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	-
26	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen	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.
Linksventrikuläre Funktion			
27	Ejektionsfraktion	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.
28	EF nicht bekannt	1 = ja	-
Zusätzliche Kriterien			
wenn Feld 14 IN (1;5;7)			
29	AV-Knotendiagnostik	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.
wenn Feld 14 IN (6;8;9)			
30	neurokardiogene Diagnostik	0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	-
wenn Feld 14 = 7			
31	Kammerfrequenz regelmäßig	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 14 IN (1;5;6)			
32	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	0 = nein 1 = ja	nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung
wenn Feld 14 IN (9;10)			
33	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	0 = nein 1 = ja	z.B. Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation
Operation			
34	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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.
35	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2017 -2018 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 -2017 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 -2017 aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			
36	Vena cephalica	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
37	Vena subclavia	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
38	andere	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
40	Flächendosisprodukt Dosis- Flächen-Produkt	Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: ≥ 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: 400 - 75 50.000 (cGy)* cm ²	-

41	Dosis-Flächen- ProduktFlächendosisprodukt nicht bekannt	1 = ja	-
Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)			
Schrittmachersystem			
42	System	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.
Schrittmacher-Aggregat			
43	Hersteller des Aggregats	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics
Schrittmachersonden			
Vorhofsonde			
wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9)			
44	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996
45	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996
46	Hersteller der Vorhofsonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse

		89 – nicht bekannt 99 – sonstiger	<ul style="list-style-type: none"> ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics
wenn Feld 42 IN (2;3;5;9)			
47	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
48	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9)			
49	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
50	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "fehlender Vorhofflimmerns" ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
#Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 42 IN (1;3;4;5;6;9)			
51	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996 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.
52	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996 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.
53	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic

			<ul style="list-style-type: none"> ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics <p>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.</p>
54	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
55	Reizschwelle nicht gemessen	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.
56	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ 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.
57	R-Amplitude nicht gemessen	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.
Linksventrikuläre Sonde			
58	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	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, zum NBL-Code, zum Hersteller 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.
wenn Feld 58 = 1			
59	Position: Dimension 1	1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.

60	Position: Dimension 2	1 = anterior 2 = anterolateral 3 = lateral/posterolateral 4 = posterior	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
wenn Feld 42 IN (5;6;9) oder wenn Feld 58 = 1			
61	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
62	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
63	Hersteller der linksventrikulären Sonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin-Biomedica ● Ela-Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
64	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
65	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
66	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 66 = 1			
67	Asystolie	1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
68	Kammerflimmern	1 = ja	-

69	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
70	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
71	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
72	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
73	Sondendislokation	1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 73 <> LEER			
74	Sondendislokation im Vorhof	1 = ja	-
75	Sondendislokation im Ventrikel	1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
wenn Feld 66 = 1			
76	Sondendysfunktion	1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 76 <> LEER			
77	Sondendysfunktion im Vorhof	1 = ja	-
78	Sondendysfunktion im Ventrikel	1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
wenn Feld 66 = 1			
79	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. • Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. • Laborbefunde können mikrobiologisch-kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. • Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. • Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls</p>

			<p>als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 79 <-> LEER			
80	CDC-Klassifikation	<p>1 – A1 (oberflächliche Infektion) 2 – A2 (tiefe Infektion) 3 – A3 (Räume/Organe)</p>	<p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,</p> <p>und</p> <p>eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision,</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision,</p> <p>Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision,</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁺ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p>

erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.

Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber ($>38^{\circ}\text{C}$), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.

Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.

Diagnose des behandelnden Arztes.

A3-Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet

Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁴ in situ belassen),

und

Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen

und

erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.

Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.

Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.

Diagnose des behandelnden Arztes.

⁴ Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche

			Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.
wenn Feld 66 – 1			
81	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
82	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u>
83	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
84	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 <u>2017</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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
 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

Schlüssel 2

01 = Behandlung regulär beendet
Entlassungsgrund 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Textdefinition

Isolierte Schrittmacher-Erstimplantationen, Systemumstellungen von Defibrillator auf Herzschrittmacher sowie von Schrittmacher auf Resynchronisationssystem (CRT-P)

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SMIMPL OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMIMPL OPS

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 201~~7~~⁶ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~⁷'

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 antitachykarder 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

OPS-Kode	Titel
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.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.ca	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
5-378.cb	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
5-378.cc	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.cd	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

18-29	Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems
18-18	Implantiertes Schrittmachersystem
18	<p>System <input type="checkbox"/></p> <p>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges</p>
19-18	Implantiertes Schrittmacher-Aggregat
19	<p>Hersteller des Aggregats <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
20-29	Belassene Schrittmacher-Sonden
20-23	Vorhof
<i>wenn Feld 18 IN (2;3;5;9)</i>	
20>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> v</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
21>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 9 = aus anderen Gründen</p>
<i>wenn Feld 18 IN (2;3;4;5;9)</i>	
22>	<p>P-Wellen-Amplitude <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> mV</p> <p>intraoperativ</p>
23>	<p>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>P-Wellen-Amplitude, intraoperativ</p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>

24-29	Ventrikel
24-27	Rechtsventrikuläre Sonde
<i>wenn Feld 18 IN (1;3;4;5;6;9)</i>	
24>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> v</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
25>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms</p> <p>1 = ja</p>
26>	<p>R-Amplitude <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> mV</p> <p>intraoperativ</p>
27>	<p>R-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>R-Amplitude, intraoperativ</p> <p>1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
28-29	Linksventrikuläre Sonde
<i>wenn Feld 18 IN (5;6;9)</i>	
28>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> v</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
29>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms</p> <p>1 = ja</p>
30-31	Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems
30-31	Explantiertes Schrittmachersystem
30	<p>Jahr der Implantation <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>JJJJ</p>
31	<p>Jahr der Implantation nicht bekannt <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
32-38	Peri- bzw. postoperative Komplikationen
32	<p>peri- bzw. postoperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

wenn Feld 32 = 1	
33>	<p>Asystolie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
34>	<p>Kammerflimmern</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
35>	<p>interventionspflichtiges Taschenhämatom</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
36>	<p>postoperative Wundinfektion <small>nach Definition der CDC</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
wenn Feld 36 <=> LEER	
37>>	<p>CDC-Klassifikation</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)</p>
wenn Feld 32 = 1	
38>	<p>sonstige interventionspflichtige Komplikation</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
39-41 Entlassung	
39	<p>Entlassungsdatum Krankenhaus</p> <p><small>TT.MM.JJJJ</small></p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
40	<p>Entlassungsgrund</p> <p><small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 2</p>

41	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p><small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small></p> <p>1. □□□□.□□□□</p> <p>2. □□□□.□□□□</p> <p>3. □□□□.□□□□</p> <p>4. □□□□.□□□□</p> <p>5. □□□□.□□□□</p> <p>6. □□□□.□□□□</p> <p>7. □□□□.□□□□</p> <p>8. □□□□.□□□□</p>
----	---

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

2290 = Urologie	3290 = Nuklearmedizin
2291 = Urologie	3291 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2300 = Orthopädie	3300 = Strahlenheilkunde
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2392 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3490 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3491 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3492 = Dermatologie
2425 = Frauenheilkunde	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2500 = Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2590 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2591 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2592 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2700 = Augenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2790 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2791 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2792 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2800 = Neurologie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3690 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3691 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2892 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3751 = Radiologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3752 = Palliativmedizin
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3753 = Schmerztherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3756 = Suchtmedizin
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3757 = Visceralchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3791 = Sonstige Fachabteilung
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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
	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
	3756 = Suchtmedizin
	3757 = Visceralchirurgie
	3790 = Sonstige Fachabteilung
	3791 = Sonstige Fachabteilung
	3792 = Sonstige Fachabteilung
	Schlüssel 2
	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)

Ausfüllhinweise Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>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.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
Patientenidentifizierende Daten			
2	eGK-Versichertennummer	-	<p>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 kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>			
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Basisdokumentation			
3	Institutionskennzeichen	-	<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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu</p>

			<p>erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	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>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
7	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.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u>.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<p>1 = normaler, gesunder Patient</p> <p>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt</p> <p>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:</p> <p>„ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation</p> <p>ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient)</p> <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</p>

			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) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
12	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	1 → 95% 2 → 40% bis < 95% 3 → < 40%	-
Indikation zum Aggregatwechsel			
13	Indikation zum Aggregatwechsel	1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	-
14	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
Operation			
15	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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.
16	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2017-2018</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2016-2017</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.
17	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Implantiertes Schrittmachersystem			
18	System	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.
Implantiertes Schrittmacher-Aggregat			
19	Hersteller des Aggregats	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Impulse • CCS • Cook • Implantronie • Medico • Osypka • Stöckert • u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> • CPI

			<ul style="list-style-type: none"> ●—Guidant ●—Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●—Vitatron ●—NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●—Sorin Biomedica ●—Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●—Pacesetter ●—Siemens ●—Teletronics
--	--	--	--

Belassene Schrittmacher-Sonden

Vorhof

wenn Feld 18 IN (2;3;5;9)

20	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
21	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-

wenn Feld 18 IN (2;3;4;5;9)

22	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
23	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	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

Rechtsventrikuläre Sonde

wenn Feld 18 IN (1;3;4;5;6;9)

24	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
25	Reizschwelle nicht gemessen	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.
26	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ 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.
27	R-Amplitude nicht gemessen	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.

Linksventrikuläre Sonde

wenn Feld 18 IN (5;6;9)

28	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
29	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.

Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems

Explantiertes Schrittmachersystem			
30	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
31	Jahr der Implantation nicht bekannt	1 = ja	-
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
32	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 32 = 1			
33	Asystolie	1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
34	Kammerflimmern	1 = ja	-
35	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
36	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. • Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. • Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. • Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen, Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. • Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p>

			<p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS Indikator OP- Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator OP- Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 36 <-> LEER			
37	CDC-Klassifikation	<p>1 – A1 (oberflächliche Infektion) 2 – A2 (tiefe Infektion) 3 – A3 (Räume/Organe)</p>	<p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,</p> <p>und</p> <p>eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁴ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.</p> <p>Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (>38 °C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch</p>

			<p>nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁴ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</p> <p>Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>⁴ Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p>
wenn Feld 32 = 1			
38	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
39	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</p>

			zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 - <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 - <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u>
40	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
41	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 2017 - <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 - <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 - <u>2017</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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/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

Schlüssel 2

01 = Behandlung regulär beendet
 Entlassungsgrund 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Textdefinition

Isolierte Schrittmacher-Aggregatwechsel

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SMAGGW_OPS UND PROZ KEINSIN SMREV_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMAGGW_OPS
und

Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV_OPS

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 201~~7~~⁶ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~⁷'

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

OPS-Kode	Titel
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 auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: 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 auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: 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

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-1 Art der Versicherung	
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
2-2 Patientenidentifizierende Daten	
2	eGK-Versichertennummer <input type="text"/>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>	
<i>neu</i>	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u> <input type="checkbox"/> 1 = ja
3-10 Basisdokumentation	
3	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
4	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/>
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1
7	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
8	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
9	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt <input type="checkbox"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>

11-12 Anamnese/Klinik	
11	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
12	Wundkontaminationsklassifikation <small>nach Definition der CDC</small> <input type="checkbox"/> 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe
13-18 Indikation zur Revision/Explantation	
13	Aggregatproblem <u>Indikation zum Eingriff am Aggregat</u> <input type="checkbox"/> 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation
14	Taschenproblem <input type="checkbox"/> 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem
15	Sondenproblem <input type="checkbox"/> 1 = ja

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

16-18	Spezielle Indikation zur Revision/ Explantation von Sonden
wenn Feld 15 <=> LEER	
16>	<p><u>Vorhof</u> <u>Indikation zur</u> <u>Revision/Explantation der</u> <u>Vorhofsonde</u></p> <p style="text-align: right;"><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 99 = sonstige</p>
17>	<p><u>Indikation zur Revision/Explantation</u> <u>der rechtsventrikulären Sonde</u> <u>Ventrikel-1- Sonde</u></p> <p style="text-align: right;"><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 99 = sonstige</p>
18>	<p><u>Indikation zur Revision/Explantation</u> <u>der linksventrikulären Sonde</u> <u>Ventrikel-2- Sonde</u></p> <p style="text-align: right;"><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 99 = sonstige</p>
19-22	Operation
19	<p>OP-Datum</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;"><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>

20	<p>Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution</p>
21	<p>Operation</p> <p>OPS http://www.dimdi.de</p> <p>1. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>2. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
22	<p>Dauer des Eingriffs</p> <p>Schnitt-Nahtzeit</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Minuten</p>
23-56	Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems
23-24	Schrittmachersystem
23	<p>postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein, da Explantation 1 = ja</p>
wenn Feld 23 = 1	
24>	<p>System</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges</p>
25-28	Schrittmacher-Aggregat
25>	<p>Art des Vorgehens</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges</p>
wenn Feld 25 IN (0;2;9)	
26>>	<p>Jahr der Implantation</p> <p>JJJJ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

27>>	Jahr der Implantation nicht bekannt Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 23 = 1		
28>>	Hersteller des Schrittmacher-Aggregats	<input type="checkbox"/>
	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	
29-56	Schrittmachersonden	
29-38	Vorhof	
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)		
29>>	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>
	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	
wenn Feld 29 IN (0;2;4;9)		
30>>>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)		
31>>>	NBL-Code 1. Ziffer	<input type="checkbox"/>
	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	
32>>>	NBL-Code 2. Ziffer	<input type="checkbox"/>
	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	
33>>>	nicht bekannt NBL-Code	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

34>>>	Hersteller der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>
	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	
wenn Feld 24 IN (2;3;5;9)		
35>>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> v
36>>	Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms	<input type="checkbox"/>
	1 = wegen Vorhofflimmern 9 = aus anderen Gründen	
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)		
37>>>	P-Wellen-Amplitude intraoperativ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> mV
38>>>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen P-Wellen-Amplitude, intraoperativ	<input type="checkbox"/>
	1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	
39-56	Ventrikel	
39-48	Rechtsventrikuläre Sonde	
wenn Feld 24 IN (1;3;4;5;6;9)		
39>>>	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>
	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	
wenn Feld 39 IN (0;2;4;9)		
40>>>>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

wenn Feld 24 IN (1;3;4;5;6;9)	
41>>	<p>NBL-Code 1- Ziffer</p> <p>B = bipolar M = multipolar U = unipolar</p>
42>>	<p>NBL-Code 2- Ziffer</p> <p>0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde</p>
43>>	<p>nicht bekannt NBL-Code</p> <p>1 = ja</p>
44>>	<p>Hersteller der rechtsventrikulären Sonde</p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
45>>	<p>Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
46>>	<p>Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms</p> <p>1 = ja</p>
47>>	<p>R-Amplitude intraoperativ</p>
48>>	<p>R-Amplitude nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ</p> <p>1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>

49-56 Linksventrikuläre Sonde	
wenn Feld 24 IN (5;6;9)	
49>>	<p>Art des Vorgehens</p> <p>0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges</p>
wenn Feld 49 IN (0;2;4;9)	
50>>>	<p>Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde</p> <p>1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt</p>
wenn Feld 24 IN (5;6;9)	
51>>	<p>NBL-Code 1- Ziffer</p> <p>B = bipolar M = multipolar U = unipolar</p>
52>>	<p>NBL-Code 2- Ziffer</p> <p>0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde</p>
53>>	<p>nicht bekannt NBL-Code</p> <p>1 = ja</p>
54>>	<p>Hersteller der linksventrikulären Sonde</p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
55>>	<p>Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms</p>

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

56>>	Reizschwelle nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
57-79	Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems	
57-57	Schrittmachersystem	
<i>wenn Feld 23 = 0 oder wenn Feld 25 = 1</i>		
57>>	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	
58-61	Schrittmacher-Aggregat	
58>>	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>
	1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	
<i>wenn Feld 58 <-> LEER</i>		
59>>>	Jahr der Implantation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	JJJ	
60>>>	nicht bekannt Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
<i>wenn Feld 58 <-> LEER</i>		
64>>>	Hersteller des Schrittmacher-Aggregats	<input type="text"/> <input type="text"/>
	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	

62-79	Schrittmachersonden	
62-67	Vorhof	
62	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>
	1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	
<i>wenn Feld 62 <-> LEER</i>		
63>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	
<i>wenn Feld 62 <-> LEER</i>		
64>	NBL-Code 1. Ziffer	<input type="text"/>
	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	
65>	NBL-Code 2. Ziffer	<input type="text"/>
	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	
66>	nicht bekannt NBL-Code	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
67>	Hersteller der Vorhofsonde	<input type="text"/> <input type="text"/>
	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	
68-73	Ventrikel	
68-73	Rechtsventrikuläre Sonde	
68	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/>
	1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

wenn Feld 68 <> LEER	
69>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt
wenn Feld 68 <> LEER	
70>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
71>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
72>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja
73>	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
74-79 Linksventrikuläre Sonde	
74	Art des Vorgehens 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges
wenn Feld 74 <> LEER	
75>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt

wenn Feld 74 <> LEER	
76>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
77>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
78>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja
79>	Hersteller der linksventrikulären Sonde 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
80-95 Peri- bzw. postoperative Komplikationen	
80	peri- bzw. postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 80 = 1	
81>	Asystolie 1 = ja
82>	Kammerflimmern 1 = ja
83>	interventionspflichtiger Pneumothorax 1 = ja

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

84>	interventionspflichtiger Hämatothorax 1 = ja <input type="checkbox"/>	92>>	<u>Sondendysfunktion im Ventrikel</u> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide <input type="checkbox"/>
85>	interventionspflichtiger Perikarderguss 1 = ja <input type="checkbox"/>	wenn Feld 80 = 1	
86>	interventionspflichtiges Taschenhämatom 1 = ja <input type="checkbox"/>	93>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC 1 = ja <input type="checkbox"/>
87>	Sondendislokation 1 = ja <input type="checkbox"/>	wenn Feld 93 <> LEER	
88-89 Ort der Sondendislokation		94>>	CDC-Klassifikation 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe) <input type="checkbox"/>
wenn Feld 87 <> LEER		wenn Feld 80 = 1	
88>>	<u>Sondendislokation im Vorhof</u> 1 = ja <input type="checkbox"/>	95>	sonstige interventionspflichtige Komplikation 1 = ja <input type="checkbox"/>
89>>	<u>Sondendislokation im Ventrikel</u> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide <input type="checkbox"/>	96-98 Entlassung	
wenn Feld 80 = 1		96	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
90>	Sondendysfunktion 1 = ja <input type="checkbox"/>	97	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91-92 Ort der Sondendysfunktion		98	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 90 <> LEER			
91>>	<u>Sondendysfunktion im Vorhof</u> 1 = ja <input type="checkbox"/>		

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1090 = Pädiatrie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1091 = Pädiatrie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1092 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1100 = Kinderkardiologie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1190 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1191 = Kinderkardiologie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1192 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1200 = Neonatologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1290 = Neonatologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1291 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1292 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin 0191 = Innere Medizin 0192 = Innere Medizin 0200 = Geriatrie	1300 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1390 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1391 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0290 = Geriatrie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0291 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0292 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0391 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0392 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0400 = Nephrologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0490 = Nephrologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0491 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0492 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1590 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1691 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1700 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1790 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0700 = Gastroenterologie	1800 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1890 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1891 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1892 = Gefäßchirurgie
0791 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1991 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0891 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0892 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0900 = Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0990 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
1000 = Pädiatrie	2100 = Herzchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2190 = Herzchirurgie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2191 = Herzchirurgie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie
	2291 = Urologie

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

2292 = Urologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	3390 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde	
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3392 = Strahlenheilkunde	
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3400 = Dermatologie	
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
2390 = Orthopädie	3490 = Dermatologie	
2391 = Orthopädie	3491 = Dermatologie	
2392 = Orthopädie	3492 = Dermatologie	
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
2425 = Frauenheilkunde	3600 = Intensivmedizin	
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2500 = Geburtshilfe	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie	
2590 = Geburtshilfe	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie	
2591 = Geburtshilfe	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
2592 = Geburtshilfe	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
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		
	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	
	Schlüssel 2	
	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)	

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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	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.
Patientenidentifizierende Daten			
2	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 kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>			
neu	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u>	1 = ja	<u>Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</u>
Basisdokumentation			
3	Institutionskennzeichen	-	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.

			Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
7	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.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p>

			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u> .
Anamnese/Klinik			
11	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 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 Bauchaortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
12	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: 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. 2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für

			<p>Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen.</p> <p>3 = kontaminierte Eingriffe: 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 denen eine akute nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = septische Eingriffe: 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. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
Indikation zur Revision/Explantation			
13	<u>Aggregatproblem-Indikation zum Eingriff am Aggregat</u>	<p>1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation</p>	<p>Revision wegen eines Aggregatproblems oder vorzeitigem Aggregataustausch</p> <p>„vorzeitige bzw. reguläre Batterieerschöpfung : Batterieerschöpfung als Indikation zum Folgeeingriff, bei dem nicht ausschließlich ein Aggregatwechsel vorgenommen wird (diese sind mit Modul 09/2) zu dokumentieren).</p> <p><u>Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</u></p>
14	Taschenproblem	<p>1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem</p>	<p>Revision erfolgt wegen Taschenproblem</p> <p>„Aggregatperforation : Perforationen von Anteilen des Aggregats 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 schmerzhaft Aggregat-Tasche oder eine zu weit lateral, medial kranial oder kaudal gelegene Aggregat-Tasche (alle Arten</p>

			extrakardialer Mitstimulation, z.B. Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken, sind als Sondenproblem zu dokumentieren). <u>Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</u>
15	Sondenproblem	1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
Spezielle Indikation zur Revision/ Explantation von Sonden			
wenn Feld 15 <> LEER			
16	<u>Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde</u> Vorhof	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.
17	<u>Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde</u> Ventrikel 1. Sonde	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld eine Indikation zur Revision der Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.
18	<u>Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde</u> Ventrikel 2. Sonde	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	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.
Operation			
19	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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.
20	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
21	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2017-2018 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016-2017 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016-2017 aufgenommen worden ist.
22	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			

23	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	0 = nein, da Explantation 1 = ja	-
wenn Feld 23 = 1			
24	System	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.
Schrittmacher-Aggregat			
25	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	Bei Systemwechsel hier "Neuimplantation" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Aggregat) Art des Vorgehens "Explantation" <u>bzw. „Stilllegung</u> eintragen
wenn Feld 25 IN (0;2;9)			
26	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
27	Jahr der Implantation nicht bekannt	1 = ja	-
wenn Feld 23 = 1			
28	Hersteller des Schrittmacher-Aggregats	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)			
29	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers-Sonden/Vorhof) Art

			des Vorgehens „Explantation <u>bzw.</u> „Stilllegung“ eintragen
wenn Feld 29 IN (0;2;4;9)			
30	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)			
31	NBL Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996
32	NBL Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996
33	nicht bekannt	1 = ja	-
34	Hersteller der Vorhofsonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics
wenn Feld 24 IN (2;3;5;9)			
35	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0,0 V Angabe ohne Warnung: ≤ 9,9 V	intraoperative Messung
36	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 24 IN (2;3;4;5;9)			
37	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0,0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15,0 mV	intraoperative Messung
38	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	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			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 24 IN (1;3;4;5;6;9)			
39	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht <u>mehr</u> aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers- <u>Sonden/Ventrikel/Rechtsventrikuläre Sonde</u>) Art des Vorgehens „Explantation <u>bzw.</u> „ <u>Stilllegung</u> “ eintragen. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
wenn Feld 39 IN (0;2;4;9)			
40	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
wenn Feld 24 IN (1;3;4;5;6;9)			
41	NBL Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
42	NBL Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
43	nicht bekannt	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
44	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed

			<p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.</p>
45	Reizschwelle	<p>Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V</p>	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
46	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
47	R-Amplitude	<p>Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV</p>	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
48	R-Amplitude nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 24 IN (5;6;9)			
49	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers-Sonden/Ventrikel/ <u>2-Linksventrikuläre</u> Sonde) Art des Vorgehens "Explantation" bzw. „Stilllegung eintragen. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
wenn Feld 49 IN (0;2;4;9)			
50	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
wenn Feld 24 IN (5;6;9)			
51	NBL Code 1 - Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG Code von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
52	NBL Code 2 - Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG Code von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
53	nicht bekannt	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
54	Hersteller der linksventrikulären Sonde	1 = Biotronic 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden.

		<p>9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>
55	Reizschwelle	<p>Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V</p>	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
56	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			
wenn Feld 23 = 0 oder wenn Feld 25 = 1			
57	System	<p>1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges</p>	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht.
Schrittmacher-Aggregat			
58	Art des Vorgehens	<p>1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges</p>	Bei Systemwechsel hier "Explantation" <u>bzw.</u> <u>„Stilllegung“</u> eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher- System Aggregat) Art des Vorgehens "Neuimplantation" eintragen.
wenn Feld 58 <> LEER			
59	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
60	nicht bekannt	1 = ja	-

wenn Feld 58 <-> LEER

64	Hersteller des Schrittmacher-Aggregats	<p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Impulse • CCS • Cook • Implantronic • Medico • Osypka • Stöckert • u. a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CPI • Guidant • Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitatron • NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorin Biomedica • Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacemaker • Siemens • Teletronics
----	--	--	---

Schrittmachersonden

Vorhof

62	Art des Vorgehens	<p>1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges</p>	<p>Bei Sondenwechsel hier "Explantation" bzw. „Stilllegung“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens "Neuimplantation" eintragen.</p>
----	-------------------	---	--

wenn Feld 62 <-> LEER

63	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<p>1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt</p>	-
----	---	---	---

wenn Feld 62 <-> LEER

64	NBL Code 1. Ziffer	<p>B = bipolar M = multipolar U = unipolar</p>	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996
65	NBL Code 2. Ziffer	<p>0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde</p>	"Lead Code" NASPE/BPEG Kode von 1996
66	nicht bekannt	1 = ja	-
67	Hersteller der Vorhofsonde	<p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiac Impulse • CCS • Cook • Implantronic • Medico

			<ul style="list-style-type: none"> ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics
--	--	--	--

Ventrikel

Rechtsventrikuläre Sonde

68	Art des Vorgehens	1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Explantation <u>bzw.</u> „ <u>Stilllegung</u> “ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers- <u>Sonden/Ventrikel/Rechtsventrikuläre Sonde</u>) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
----	-------------------	--	--

wenn Feld 68 <-> LEER

69	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
----	---	--	---

wenn Feld 68 <-> LEER

70	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	"Lead Code" NASPE/BPEG-Code von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
71	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead Code" NASPE/BPEG-Code von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
72	nicht bekannt	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-

			/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
73	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger 	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin-Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.</p>
Linksventrikuläre Sonde			
74	Art des Vorgehens	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges 	<p>Bei Sondenwechsel hier „Explantation <u>bzw.</u> „<u>Stilllegung</u>“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachers-Sonden/Ventrikel/<u>2-Linksventrikuläre</u> Sonde) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen.</p> <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>
wenn Feld 74 <> LEER			
75	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<ul style="list-style-type: none"> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt 	<p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>
wenn Feld 74 <> LEER			
76	NBL-Code 1. Ziffer	<ul style="list-style-type: none"> B = bipolar M = multipolar U = unipolar 	<p>"Lead Code" NASPE/BPEG-Kode von 1996</p> <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>

77	NBL-Code 2- Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	"Lead-Code" NASPE/BPEG-Code von 1996 Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
78	nicht bekannt	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
79	Hersteller der linksventrikulären Sonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden: <ul style="list-style-type: none"> ● Cardiac Impulse ● CCS ● Cook ● Implantronic ● Medico ● Osypka ● Stöckert ● u.a. <p>Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant ● Intermedics <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vitatron ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Siemens ● Teletronics <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.</p>

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

80	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 80 = 1			
81	Asystolie	1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
82	Kammerflimmern	1 = ja	-
83	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
84	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
85	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
86	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
87	Sondendislokation	1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt

Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 87 <> LEER			
88	Sondendislokation im Vorhof	1 = ja	-
89	Sondendislokation im Ventrikel	1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
wenn Feld 80 = 1			
90	Sondendysfunktion	1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 90 <> LEER			
91	Sondendysfunktion im Vorhof	1 = ja	-
92	Sondendysfunktion im Ventrikel	1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
wenn Feld 80 = 1			
93	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. • Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. • Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. • Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z. B. Röntgen, Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. • Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten</p>

			<p>ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 93 <- LEER			
94	CDC-Klassifikation	<p>1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)</p>	<p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,</p> <p>und</p> <p>eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision,</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision,</p> <p>Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p>

			<p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁺ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Faszien- und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.</p> <p>Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber ($>38^{\circ}\text{C}$), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes,</p> <p>A3-Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁺ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</p>
--	--	--	--

			<p>Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>† Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p>
wenn Feld 80 – 1			
95	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
96	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>2016-2017</u> bis zum 10.01.<u>2016-2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>2016-2017</u> bis zum 20.01.<u>2016-2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>2016-2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>2016-2017</u></p>
97	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
98	Entlassungsdiagnose(n)	-	<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>2017-2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2016-2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.</p>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 0100 = Innere Medizin
 Fachabteilungen 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
 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 2

01 = Behandlung regulär beendet
 Entlassungsgrund 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)

Anwenderinformation QS-Filter

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

Textdefinition

Schrittmacher-Revisionen (inklusive Aggregat- und Sondenwechsel) und -Explantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SMREV_KONV_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS

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 2017~~6~~ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018~~7~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017~~6~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017~~6~~' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018~~7~~'

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

OPS-Kode	Titel
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 Vorhofolektrode
5-378.2b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
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 Vorhofolektrode
5-378.3b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
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 Vorhofolektrode
5-378.4b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
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 Vorhofolektrode
5-378.6b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
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 Vorhofolektrode

OPS-Kode	Titel
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 auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem
5-378.b3	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: 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

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich <input type="checkbox"/> 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9-14	Präoperative Anamnese/Klinik
9	Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV
10	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

11	linksventrikuläre Ejektionsfraktion <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
12	LVEF nicht bekannt <input type="checkbox"/> 1 = ja
13	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig
14	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
15-36	ICD-Anteil
45	führende Indikation für ICD-Implantation <input type="checkbox"/> 1 = <u>Primärprävention</u> 2 = <u>Sekundärprävention</u>
16	indikationsbegründendes klinisches Ereignis <input type="checkbox"/> 1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 3 R-R-Zyklen und HF über 100) 4 = Synkope ohne EKG-Dokumentation 5 = kein indikationsbegründendes klinisches Ereignis (Primärprävention) 9 = sonstige
wenn Feld 16 IN (1;2;3;4;9)	
17>	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

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

18	<p>Indikation zur kardialen-Resynchronisationstherapie (CRT)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>wenn Feld 22 = 6</p> <p>NEU spontanes Brugada-Typ-1-EKG</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p>
19-29	<p>Grunderkrankungen</p>	<p>wenn Feld 22 = 9</p>
19	<p>KHK</p> <p>0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>24> abnorme Blutdruckreaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg <= 20 mmHg)</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>wenn Feld 19 = 2</p>		<p>25> Septumdicke >= 30 mm</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> mm</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p>
20>	<p>Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD</p> <p>1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>wenn Feld 22 = 10</p>
<p>wenn Feld 16 <> 5 und wenn Feld 19 = 2</p>		<p>26> ausgeprägte rechtsventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
21>	<p>indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>wenn Feld 16 IN (1;2)</p>
22	<p>Herzerkrankung</p> <p>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) <u>11 = Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)</u> <u>12 = short-coupled torsade de pointes VT</u> 99 = sonstige Herzerkrankung_</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>27> WPW-Syndrom</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>wenn Feld 22 IN (6;7;8;9;10)</p>		<p>wenn Feld 16 IN (1;2)</p>
23>	<p>plötzliche Todesfälle in der Familie</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>28> reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammetachykardie</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>wenn Feld 16 = 2</p>		<p>29> behandelbare idiopathische Kammetachykardie</p> <p>0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

30-36 Weitere Merkmale	
wenn Feld 16 IN (3;4)	
30>	Kammertachykardie induzierbar <input type="checkbox"/> 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt
31	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, <u>seit weniger als 3 Monaten</u> 2 = ja, <u>seit 3 Monaten oder länger</u>
wenn Feld 31 = 1	
32>	Betablocker <input type="checkbox"/> 1 = ja
33>	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer <input type="checkbox"/> 1 = ja
34>	Diuretika <input type="checkbox"/> 1 = ja
35>	Aldosteronantagonisten <input type="checkbox"/> 1 = ja
36>	Herzglykoside <input type="checkbox"/> 1 = ja
37-42 Schrittmacheranteil	
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%

39-42 EKG-Befunde	
39	Vorhoffrhythmus <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
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)
41	intraventrikuläre Leitungsstörungen <input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige
42	QRS-Komplex <input type="checkbox"/> 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < <u>135</u> ms 3 = <u>130 bis < 140 ms</u> 4 = <u>140 bis < 150 ms</u> 5 = >= 150 ms
43-52 Operation	
43	OP-Datum <input type="checkbox"/> TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
44	Operation <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de 1. □—□□□.□□ 2. □—□□□.□□ 3. □—□□□.□□

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

45-47 Zugang des implantierten Systems	
45	Vena cephalica 1 = ja <input type="checkbox"/>
46	Vena subclavia 1 = ja <input type="checkbox"/>
47	andere 1 = ja <input type="checkbox"/>
48	Dauer des Eingriffs Schnitt-Naht-Zeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
49	Dosis-Flächen-Produkt Flächendosisprodukt <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (cGy)* cm ²
50	Dosis-Flächen-Produkt Flächendosisprodukt nicht bekannt <input type="checkbox"/>
51	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt 1 = ja 2 = nein, wegen intrakardialer Thromben 3 = nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 4 = nein, aus sonstigen Gründen <input type="checkbox"/>
wenn Feld 51 = 1	
52>	Sicherheitsabstand Test (oder DFT) zu aggregatspezifischer Maximalenergie > = 10 J 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

53-75 ICD	
53-53 ICD-System	
53	System 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges <input type="checkbox"/>
54-55 ICD-Aggregat	
54	Hersteller des Aggregats 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55	Aggregatposition 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere <input type="checkbox"/>
56-75 Sonden	
56-60 Vorhofsonde	
wenn Feld 53 IN (2;4;9)	
56>	Hersteller der Vorhofsonde 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> , <input type="text"/> v
58>	Reizschwelle nicht gemessen 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen <input type="checkbox"/>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

wenn Feld 53 IN (2;3;4;9)	
59>	P-Wellen-Amplitude <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV
60>	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
61-73	Ventrikel
wenn Feld 53 <> 6	
61>	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden <input type="checkbox"/> 1 = eine Ventrikelsonde 2 = zwei Ventrikelsonden 3 = drei Ventrikelsonden
62-67	Rechtsventrikuläre Sonde
62>	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde <input type="text"/> <input type="text"/> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
63>	Defibrillations-Elektroden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Single-Coil 2 = Dual-Coil 3 = Sonde ist nicht Defibrillationssonde 9 = sonstige
wenn Feld 53 <> 6	
64>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> <input type="text"/> v
65>	Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/> 1 = ja
66>	R-Amplitude <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV

67>	R-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
68-73	Linksventrikuläre Sonde
wenn Feld 53 IN (4;5)	
68>	Linksventrikuläre Sonde aktiv? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 68 = 1	
69>>	Position: Dimension 1 <input type="checkbox"/> 1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär
70>>	Position: Dimension 2 <input type="checkbox"/> 1 = anterior 2 = anterolateral 3 = lateral/posterolateral 4 = posterior
wenn Feld 53 IN (4;5)	
71>	Hersteller der linksventrikulären Sonde <input type="text"/> <input type="text"/> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn Feld 53 IN (4;5)	
72>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> <input type="text"/> v
73>	Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/> 1 = ja

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

74-75	Andere Defibrillationssonde(n)	
74	Hersteller der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/>
	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	<input type="checkbox"/>
75	Position	<input type="checkbox"/>
	1 = Vena cava superior 2 = Vena subclavia 3 = rechter Vorhof 4 = rechter Ventrikel 5 = subkutan (Sub-Q-Array) 6 = subkutan (S-ICD) 7 = epimyokardial (Patch-Elektrode) 8 = andere 10 = mehrere	
76-96	Perioperative Komplikationen	
76	perioperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 76 = 1		
77>	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
78>	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
79>	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
80>	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

81>	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
82>	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
83-87	Ort der Sondendislokation	
wenn Feld 82 <> LEER		
83>>	Sondendislokation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
84>>	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
85>>	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
86>>	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
87>>	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 76 = 1		
88>	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
89-93	Ort der Sondendysfunktion	
wenn Feld 88 <> LEER		
89>>	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

90>>	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
91>>	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
92>>	<u>Sondendysfunktion einer weiteren</u> Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
93>>	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 76 = 1		
94>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 94 ↔ LEER		
95>>	CDC-Klassifikation	<input type="checkbox"/>
	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion) 3 = A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)	
wenn Feld 76 = 1		
96>	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
97-99 Entlassung		
97	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
98	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schlüssel 2	

99	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de
	1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.

6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u>	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u>.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
9	Herzinsuffizienz	0 = nein 1 = N HA I 2 = N HA II 3 = N HA III 4 = N HA IV	Zu dokumentieren ist die N HA-Klasse VOR der Implantation des implantierbaren Defibrillators.
10	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 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 Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010:</p> <p>„ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]"</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
11	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	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.
12	LVEF nicht bekannt	1 = ja	Bitte beachten: Eine fehlende Angabe der LVEF kann zur Einstufung der Indikation zur ICD-Implantation oder der Systemwahl als "nicht leitlinienkonform" führen
13	Diabetes mellitus	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.
14	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 mol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 mol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 mol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 mol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 mol/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.
ICD-Anteil			
15	Führende Indikation für ICD-Implantation	1 = Primärprävention 2 = Sekundärprävention	-
16	indikationsbegründendes klinisches Ereignis	1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber über 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.
wenn Feld 16 IN (1;2;3;4;9)			
17	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	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	führend: gemeint ist das Ereignis, das die Indikation zum ICD-Eingriff begründet. Die klinische Symptomatik kann auch anamnestisch oder während einer Voruntersuchung aufgetreten sein. klinisch: d.h. nicht ausgelöst (EPU)
18	Indikation zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)	0 = nein 1 = ja	-
Grunderkrankungen			
19	KHK	0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt	Für die Dokumentation sind alle Myokardinfarkte zu berücksichtigen, auch wenn sie länger zurückliegen
wenn Feld 19 = 2			
20	Abstand Myokardinfarkt Implantation ICD	1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage	-
wenn Feld 16 <> 5 und wenn Feld 19 = 2			
21	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn	0 = nein 1 = ja	-
22	Herzerkrankung	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	<u>„short-coupled torsade de pointes VT“</u> : <u>Torsade-de-pointes-Tachykardien ohne Vorliegen einer QT-Verlängerung, aber mit einem charakteristischen kurzen Kopplungsintervall der Tachykardie (vgl. Buob et al., 2002)</u>

		9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) 10 = Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) <u>11 = Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT)</u> <u>12 = short-coupled torsade de pointes VT</u> 99 = sonstige Herzerkrankung	
wenn Feld 22 IN (6;7;8;9;10)			
23	plötzliche Todesfälle in der Familie	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 22 = 6			
neu	<u>spontanes Brugada-Typ-1-EKG</u>	<u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u> <u>9 = unbekannt</u>	-
wenn Feld 22 = 9			
24	abnorme Blutdruckreaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg <= 20 mmHg)	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
25	Septumdicke >= 30 mm	<u>Angabe in: mm</u> <u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u> <u>9 = unbekannt</u>	-
wenn Feld 22 = 10			
26	ausgeprägte rechtsventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 16 IN (1;2)			
27	WPW-Syndrom	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 16 IN (1;2)			
28	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Torsades--des--pointes-Tachykardie durch Antiarrhythmika andere QT-Zeit-verlängernde Medikamente ischämiegetriggerte Indexereignisse Myokarditis in der Akutphase
wenn Feld 16 = 2			
29	behandelbare idiopathische Kammertachykardie	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Ablation, medikamentöse Behandlung erfolglose Therapie bedeutet „nein“
Weitere Merkmale			
wenn Feld 16 IN (3;4)			
30	Kammertachykardie induzierbar	1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	-
31	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)	0 = nein 1 = ja, <u>seit weniger als 3 Monaten</u> 2 = ja, <u>seit 3 Monaten oder länger</u>	-
wenn Feld 31 = 1			
32	Betablocker	1 = ja	-
33	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer	1 = ja	-
34	Diuretika	1 = ja	-
35	Aldosteronantagonisten	1 = ja	-
36	Herzglykoside	1 = ja	-
Schrittmacheranteil			
37	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	0 = nein 1 = ja	-
38	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
EKG-Befunde			

39	Vorhoffrhythmus	1 = normofre uenter 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 Vorhoffrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
40	AV-Block	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	0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriöer Hemiblock (LAH) RSB 3 = Linksposteriöer Hemiblock (LPH) RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige	-
42	QRS-Komplex	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 135 ms <u>3 = 130 bis < 140 ms</u> <u>4 = 140 bis < 150 ms</u> 5 3 = >= 150 ms	-
Operation			
43	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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.
44	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2017-2018 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016-2017 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016-2017 aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			
45	Vena cephalica	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
46	Vena subclavia	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
47	andere	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Zugang via Thorakotomie • mediale Sternotomie • untere Mini-Sternotomie • links-laterale Thorakotomie

48	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
49	Flächendosisprodukt Dosis-Flächen-Produkt	Angabe in: (cGy) cm Gültige Angabe: ≥ 0 (cGy) cm Angabe ohne Warnung: 100 - 750.000 (cGy) cm	-
50	Flächendosisprodukt Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	1 = ja	-
54	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt	1 = ja 2 = nein, wegen intrakardialer Thromben 3 = nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 4 = nein, aus sonstigen Gründen	intention to treat, auch die abgebrochene Testung kann als Durchführung gezählt werden
wenn Feld 51 = 1			
52	Sicherheitsabstand Test (oder DFT) zu aggregatspezifischer Maximalenergie > = 10 J	0 = nein 1 = ja	-
ICD			
ICD-System			
53	System	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.
ICD-Aggregat			
54	Hersteller des Aggregats	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: ● CPI ● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: ● Pacemaker ● Ventritex
55	Aggregatposition	1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
Sonden			
Vorhofsonde			
wenn Feld 53 IN (2;4;9)			

56	Hersteller der Vorhofsonde	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger 	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Ventritex
57	Reizschwelle	<p>Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V</p>	intraoperative Messung
58	Reizschwelle nicht gemessen	<ul style="list-style-type: none"> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen 	-
wenn Feld 53 IN (2;3;4;9)			
59	P-Wellen-Amplitude	<p>Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV</p>	intraoperative Messung
60	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<ul style="list-style-type: none"> 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen 	Der Wert "2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
wenn Feld 53 <> 6			
61	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden	<ul style="list-style-type: none"> 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			
62	Hersteller der rechtsventrikulären Sonde	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger 	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Ventritex

			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. In der Regel ist die Pace-/Sense-Sonde auch die Defibrillationssonde des Systems. Falls dies nicht so ist, dokumentieren Sie bitte die Angaben zur Defibrillationssonde unter "Andere Defibrillationssonde(n)".
63	Defibrillations-Elektroden	1 = Single-Coil 2 = Dual-Coil 3 = Sonde ist nicht Defibrillationssonde 9 = sonstige	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. Ist die Pace-/Sense-Sonde auch Defibrillationssonde. Falls ja, bitte angeben, ob Single- oder Dual-Coil-Sonde.
wenn Feld 53 <> 6			
64	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ 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.
65	Reizschwelle nicht gemessen	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.
66	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ 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.
67	R-Amplitude nicht gemessen	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			
wenn Feld 53 IN (4;5)			
68	Linksventrikuläre Sonde aktiv	0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems. 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, zum Hersteller und zur Reizschwellenmessung der linksventrikulären Sonde die endgültige Sonde zu dokumentieren.
wenn Feld 68 = 1			
69	Position: Dimension 1	1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
70	Position: Dimension 2	1 = anterior 2 = anterolateral 3 = lateral/posterolateral 4 = posterior	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
wenn Feld 53 IN (4;5)			
71	Hersteller der linksventrikulären Sonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none">● CPI● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln sind auch: <ul style="list-style-type: none">● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none">● Sorin Biomedica● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none">● Pacemaker

			<ul style="list-style-type: none"> ● Ventritex <p>Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.</p>
wenn Feld 53 IN (4;5)			
72	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ 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.
73	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Andere Defibrillationssonde(n)			
74	Hersteller der anderen Defibrillationssonde(n)	<ul style="list-style-type: none"> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger 	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacesetter ● Ventritex
75	Position	1 = Vena cava superior 2 = Vena subclavia 3 = rechter Vorhof 4 = rechter Ventrikel 5 = subkutan (Sub-Q-Array) 6 = subkutan (S-ICD) 7 = epimyokardial (Patch-Elektrode) 8 = andere 10 = mehrere	-
Perioperative Komplikationen			
76	perioperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 76 = 1			
77	kardiopulmonale Reanimation	1 = ja	Darunter ist nicht die intraoperative Terminierung eines induzierten Kammerflimmerns zu verstehen.
78	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
79	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
80	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
81	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	Intervention = Reoperation
82	revisionsbedürftige Sondendislokation	1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 82 <> LEER			
83	Sondendislokation der Vorhofsonde	1 = ja	-
84	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde	1 = ja	-

85	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde	1 = ja	-
86	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde	1 = ja	-
87	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	1 = ja	-
wenn Feld 76 = 1			
88	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 88 <> LEER			
89	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	1 = ja	-
90	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde	1 = ja	-
91	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde	1 = ja	-
92	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde	1 = ja	-
93	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	1 = ja	-
wenn Feld 76 = 1			
94	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. ● Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. ● Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. ● Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. ● Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht</p>

			<p>nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS Indikator OP Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator OP Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 94 <- LEER			
95	CDC-Klassifikation	<p>1 – A1 (oberflächliche Infektion)</p> <p>2 – A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)</p> <p>3 – A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)</p>	-
wenn Feld 76 – 1			
96	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
97	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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>Beispiel</p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u></p>
98	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
99	Entlassungsdiagnose(n)	-	<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 2017<u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016<u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2016<u>2017</u> aufgenommen worden ist.</p>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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
 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 2

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 BPfIV 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 BPfIV 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Implantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDIMPL OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDIMPL OPS

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 201~~7~~⁶ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~⁷'

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 Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.b9	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion

OPS-Kode	Titel
5-378.ba	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.bb	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.bc	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.bd	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9-9 Präoperative Anamnese/Klinik	
9	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
10-13 Indikation zum Aggregatwechsel	
10	Indikation zum Aggregatwechsel <input type="checkbox"/> 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion / Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation

11	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
12	Schocks abgegeben <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = adäquat 2 = inadäquat 3 = beides
wenn Feld 12 IN (1;3)	
13>	ineffektive Schocks <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
14-18 Operation	
14	OP-Datum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15	Operation <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
16	Dauer des Eingriffs <small>Schnitt-Naht-Zeit</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
17	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt <input type="checkbox"/> 1 = ja 2 = nein, wegen intrakardialer Thromben 3 = nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 4 = nein, aus sonstigen Gründen
wenn Feld 17 = 1	
18>	Sicherheitsabstand Test-(oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

19-32	ICD
19-19	Implantiertes ICD-System
19	<p>System <input type="checkbox"/></p> <p>1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges</p>
20-20	Implantiertes ICD-Aggregat
20	<p>Hersteller des implantierten ICD-Aggregats <input type="checkbox"/></p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
21-22	Explantiertes ICD-Aggregat
21	<p>Jahr der Implantation <input type="checkbox"/></p> <p>JJJJ</p>
22	<p>Jahr der Implantation nicht bekannt <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
23-32	Belassene Sonden
23-26	Vorhof
wenn Feld 19 IN (2;4;9)	
23>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/></p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
24>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen</p>
wenn Feld 19 IN (2;3;4;9)	
25>	<p>P-Wellen-Amplitude <input type="checkbox"/></p> <p>□□,□ mV</p>

26>	<p>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofoigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
27-32	Ventrikel
27-30	Rechtsventrikuläre Sonde
wenn Feld 19 <> 6	
27>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/></p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
28>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
wenn Feld 19 <> 6	
29>	<p>R-Amplitude <input type="checkbox"/></p> <p>□□,□ mV</p>
30>	<p>R-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
31-32	Linksventrikuläre Sonde
wenn Feld 19 IN (4;5)	
31>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/></p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
32>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
33-38	Perioperative Komplikationen
33	<p>perioperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 33 = 1	
34>	<p>kardiopulmonale Reanimation <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

35>	interventionspflichtiges Taschenhämatom <input type="checkbox"/> 1 = ja
36>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC <input type="checkbox"/> 1 = ja
wenn Feld 36 <-> LEER	
37>>	CDC-Klassifikation <input type="checkbox"/> 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion) 3 = A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)
wenn Feld 33 = 1	
38>	sonstige interventionspflichtige Komplikation <input type="checkbox"/> 1 = ja
39-41 Entlassung	
39	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
40	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2
41	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-

5	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.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u>.</p>

Präoperative Anamnese/Klinik

9	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<p>1 = normaler, gesunder Patient</p> <p>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt</p> <p>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 Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010:</p> <p>„ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation</p> <p>ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient)</p> <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>[...]"</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
---	------------------------------------	--	---

Indikation zum Aggregatwechsel

10	Indikation zum Aggregatwechsel	<p>1 = Batterieerschöpfung</p> <p>2 = Fehlfunktion / Rückruf</p> <p>9 = sonstige aggregatbezogene Indikation</p>	-
11	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	<p>1 = stationär, eigene Institution</p> <p>2 = stationär, andere Institution</p> <p>3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution</p> <p>4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution</p>	-
12	Schocks abgegeben	<p>0 = nein</p> <p>1 = adä uat</p> <p>2 = inadä uat</p> <p>3 = beides</p>	-
wenn Feld 12 IN (1;3)			
13	ineffektive Schocks	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	-

Operation			
14	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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.
15	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2017-2018</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2016-2017</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.
16	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
17	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt	1= ja 2= nein, wegen intrakardialer Thromben 3= nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 4= nein, aus sonstigen Gründen	intention to treat, auch die abgebrochene Testung kann als Durchführung gezählt werden
wenn Feld 17 = 1			
18	Sicherheitsabstand Test- (oder DFT-) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J	0= nein 1= ja	-
ICD			
Implantiertes ICD-System			
19	System	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.
Implantiertes ICD-Aggregat			
20	Hersteller des implantierten ICD-Aggregats	1= Biotronik 3= Boston Scientific 7= Medtronic 9= Sorin Group 18= St. Jude Medical 89= nicht bekannt 99= sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none">● CPI● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: <ul style="list-style-type: none">● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none">● Sorin Biomedica● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none">● Pacemaker● Ventritex
Explantiertes ICD-Aggregat			
21	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-

22	Jahr der Implantation nicht bekannt	1 = ja	-
Belassene Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 19 IN (2;4;9)			
23	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
24	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 19 IN (2;3;4;9)			
25	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
26	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 19 <> 6			
27	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ 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.
28	Reizschwelle nicht gemessen	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.
wenn Feld 19 <> 6			
29	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ 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.
30	R-Amplitude nicht gemessen	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			
wenn Feld 19 IN (4;5)			
31	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ 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.
32	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Perioperative Komplikationen			
33	perioperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 33 = 1			
34	kardiopulmonale Reanimation	1 = ja	-
35	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
36	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer

			<p>Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen, Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 36 <- LEER			
37	GDC-Klassifikation	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion) 3 = A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)	-
wenn Feld 33 = 1			
38	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
39	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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>

			Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u>
40	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
41	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z. B. noch nach dem im Jahre 2016 <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 <u>2017</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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/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

Schlüssel 2

01 = Behandlung regulär beendet
 Entlassungsgrund 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 BPfIV 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDAGGW_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDAGGW_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDREV_OPS

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 201~~7~~⁶ und das *Entlassungsdatum* liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~⁷'

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

OPS-Kode	Titel
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
5-378.2e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.2f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.2g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.35	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.3c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.3d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.3e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.3f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.3g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.45	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.4c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.4d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.4e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.4f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.4g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.65	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.6c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.6d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.6e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.6f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.6g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.75	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.7c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.7d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.7e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode

OPS-Kode	Titel
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 auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: 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 auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.ce	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: 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 auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation

OPS-Kode	Titel
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.ck	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

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

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9-10	Präoperative Anamnese/Klinik
9	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 erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt
10	Wundkontaminationsklassifikation <small>nach Definition der CDC</small> 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe

11-15	Indikation zur Revision/Systemwechsel/Explantation
11	Indikation zum Eingriff am Aggregatproblem 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation
12	Taschenproblem 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem
13	Sondenproblem 1 = ja
14	Schocks abgegeben 0 = nein 1 = adäquat 2 = inadäquat 3 = beides
wenn Feld 14 IN (1;3)	
15>	ineffektive Schocks 0 = nein 1 = ja
16-21	Operation
16	OP-Datum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
17	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

18	Operation OPS http://www.dimdi.de 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"/>
19	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten
20	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt 1 = ja 2 = nein, wegen intrakardialer Thromben 3 = nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 5 = nein, Explantation 8 = nein, aus sonstigen Gründen
wenn Feld 20 = 1	
21>	Sicherheitsabstand Test (oder DFT) zu aggregatspezifischer Maximalenergie > = 10 J 0 = nein 1 = ja
22-72	ICD
22-22	ICD-System
22	aktives System (nach dem Eingriff) 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
23-29	ICD-Aggregat
23	Art des Vorgehens 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

wenn Feld 23 NICHTIN (0;5)	
24>	Hersteller des aktiven Aggregats (nach dem Eingriff) 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn Feld 23 NICHTIN (0;5)	
25>	Aggregatposition 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere
wenn Feld 23 IN (2;3;5)	
26>	explantiertes System 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges
wenn Feld 23 IN (1;2;3;4;5;9)	
27>	Aggregat: Jahr der Implantation JJJJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28>	Jahr der Implantation nicht bekannt 1 = ja
wenn Feld 23 IN (2;3;5)	
29>	Hersteller des explantierten Aggregats 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

30-72	Sonden
30-37	Vorhof
30	<p>Art des Vorgehens</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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>
wenn Feld 30 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)	
31>	<p>Problem</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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 99 = sonstige</p>
wenn Feld 30 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
32>	<p>Zeitabstand zur Implantation der revidierten, bzw. explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt</p>
wenn Feld 30 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
33>	<p>Hersteller der revidierten bzw. explantierten Vorhofsonde</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
wenn Feld 22 <> 3 und wenn Feld 30 IN (0;1;2;3;4;5;99)	
34>	<p>Reizschwelle</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> v</p>

35>	<p>Reizschwelle nicht gemessen</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 9 = aus anderen Gründen</p>
wenn Feld 30 IN (0;1;2;3;4;5;99)	
36>	<p>P-Wellen-Amplitude</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> mV</p>
37>	<p>P-Wellen-Amplitude nicht gemessen</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofoigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
38-65	Ventrikel
38-47	Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde
38	<p>Art des Vorgehens</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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>
wenn Feld 38 IN (1;2;3;4;5;6;7;8;9;99)	
39>	<p>Problem</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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 99 = sonstige</p>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

wenn Feld 38 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)	
40>	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, bzw. explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt
wenn Feld 38 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)	
41>	Hersteller der revidierten bzw. explantierten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)	
42>	Defibrillations-Elektroden 1 = Single-Coil 2 = Dual-Coil 9 = sonstige
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;7;8;9;99)	
43>	Position 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;8;99)	
44>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms
45>	Reizschwelle nicht gemessen 1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;8;99) und wenn Feld 43 IN (1;2)	
46>>	R-Amplitude

47>>	R-Amplitude nicht gemessen 1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
48-56 Zweite Ventrikelsonde	
48	Art des Vorgehens 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 48 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)	
49>	Problem 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 99 = sonstige
wenn Feld 48 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
50>	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, bzw. explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt
wenn Feld 48 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
51>	Hersteller der revidierten bzw. explantierten zweiten Ventrikelsonde 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)	
52>	<p>Position <input type="checkbox"/></p> <p>1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere</p>
wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;99)	
53>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/> v</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
54>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 52 IN (1;2)	
55>>	<p>R-Amplitude <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/> mV</p>
56>>	<p>R-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen</p>
57-65 Dritte Ventrikelsonde	
57	<p>Art des Vorgehens <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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>

wenn Feld 57 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)	
58>	<p>Problem <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>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 99 = sonstige</p>
wenn Feld 57 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
59>	<p>Zeitabstand zur Implantation der revidierten, bzw. explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde <input type="checkbox"/></p> <p>1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt</p>
wenn Feld 57 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
60>	<p>Hersteller der revidierten bzw. explantierten dritten Ventrikelsonde <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin-Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger</p>
wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)	
61>	<p>Position <input type="checkbox"/></p> <p>1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere</p>
wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;99)	
62>	<p>Reizschwelle <input type="checkbox"/>, <input type="checkbox"/> v</p> <p>intraoperativ, bei 0,5 ms</p>
63>	<p>Reizschwelle nicht gemessen <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 61 IN (1;2)	
64>>	R-Amplitude <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV
65>>	R-Amplitude nicht gemessen <input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
66-70 Andere Defibrillationssonde(n)	
66	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 66 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)	
67>	Problem <input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 9 = sonstige
wenn Feld 66 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
68>	Zeitabstand zur Implantation <u>der revidierten</u> , <u>bzw. explantierten</u> <u>der bzw. stillgelegten</u> anderen Defibrillationssonde(n) <input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt

wenn Feld 66 IN (1;2;4;5;6;7;99)	
69>	Hersteller revidierter bzw. explantierter anderer Defibrillationssonden <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn Feld 66 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)	
70>	Position <input type="checkbox"/> 1 = Vena-cava superior 2 = Vena-subclavia 3 = rechter Vorhof 4 = rechter Ventrikel 5 = subkutan (Sub-Q-Array) 6 = subkutan (S-ICD) 7 = epimyokardial (Patch-Elektrode) 8 = andere 10 = mehrere
71-72 Weitere inaktive oder explantierte Sonden	
71	weitere inaktive/stillgelegte Sonden <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
72	weitere explantierte Sonden <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
73-94 Perioperative Komplikationen	
73	perioperative Komplikation(en) <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 73 = 1	
74>	kardiopulmonale Reanimation <input type="checkbox"/> 1 = ja

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

75>	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
76>	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
77>	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
78>	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
79>	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
80-86	Ort der Sondendislokation	
	wenn Feld 79 <> LEER	
80>>	<u>Sondendislokation der Vorhofsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
81>>	<u>Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
82>>	<u>Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
83>>	<u>Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

84>>	<u>Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
85>>	<u>weitere inaktive/stillgelegte Sonde</u>	<input type="checkbox"/>
	4 = ja	
	wenn Feld 73 = 1	
86>	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
87-91	Ort der Sondendysfunktion	
	wenn Feld 86 <> LEER	
87>>	<u>Sondendysfunktion der Vorhofsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
88>>	<u>Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
89>>	<u>Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
90>>	<u>Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
91>>	<u>Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)</u>	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
	wenn Feld 73 = 1	
92>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

<i>wenn Feld 92 ↔ LEER</i>	
93>>	<p>CDC-Klassifikation</p> <p>1 = A1 (oberflächliche Infektion)</p> <p>2 = A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion)</p> <p>3 = A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)</p>
<i>wenn Feld 73 = 1</i>	
94>	<p>sonstige interventionspflichtige Komplikation</p> <p>1 = ja</p>
95-97 Entlassung	
95	<p>Entlassungsdatum Krankenhaus</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p>□□.□□.□□□□</p>
96	<p>Entlassungsgrund</p> <p>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p> <p>Schlüssel 2</p> <p>□□</p>
97	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p> <p>1. □□□□.□□□□</p> <p>2. □□□□.□□□□</p> <p>3. □□□□.□□□□</p> <p>4. □□□□.□□□□</p> <p>5. □□□□.□□□□</p> <p>6. □□□□.□□□□</p> <p>7. □□□□.□□□□</p> <p>8. □□□□.□□□□</p>

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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</p>

			der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u>	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <u>2016-2017</u> bis zum 10.01. <u>2016-2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <u>2016-2017</u> bis zum 20.01. <u>20162017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <u>20162017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <u>20162017</u> .
Präoperative Anamnese/Klinik			
9	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 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 Bauchaortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.

10	Wundkontaminationsklassifikation	<p>1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe</p>	<p>Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien</p> <p>1 = aseptische Eingriffe: 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>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>3 = kontaminierte Eingriffe: 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 denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = septische Eingriffe: 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. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
----	----------------------------------	---	---

Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation			
11	Indikation zum Eingriff am Aggregatproblem	<p>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 „Batterieerschöpfung“ : Batterieerschöpfung als Indikation zum Folgeeingriff, bei dem nicht ausschließlich ein Aggregatwechsel vorgenommen wird (diese sind mit Modul 09/5 zu dokumentieren).</p> <p><u>Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</u></p>
12	Taschenproblem	<p>1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem</p>	<p>Revision erfolgt wegen Taschenproblem</p> <p>„Aggregatperforation“ : Perforationen von Anteilen des Aggregats durch die Haut. Sofern eine Aggregatperforation vorliegt, ist</p>

			<p>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><u>Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</u></p>
13	Sondenproblem	1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
14	Schocks abgegeben	0 = nein 1 = adä uat 2 = inadä uat 3 = beides	-
wenn Feld 14 IN (1;3)			
15	ineffektive Schocks	0 = nein 1 = ja	-
Operation			
16	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
18	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2017-2018 durchgeführte Operationen sind z. B. noch nach dem im Jahre 2016 2017 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016-2017 aufgenommen worden ist.
19	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
20	intraoperativer Defibrillationstest durchgeführt	1 = ja 2 = nein, wegen intrakardialer Thromben 3 = nein, wegen hämodynamischer Instabilität (katecholaminpflichtig oder Lungenödem) 5 = nein, Explantation 8 = nein, aus sonstigen Gründen	intention to treat, auch die abgebrochene Testung kann als Durchführung gezählt werden
wenn Feld 20 = 1			
21	Sicherheitsabstand Test (oder DFT) zu aggregatspezifischer Maximalenergie >= 10 J	0 = nein 1 = ja	-

ICD			
ICD-System			
22	aktives System (nach dem Eingriff)	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.
ICD-Aggregat			
23	Art des Vorgehens	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	-
wenn Feld 23 NICHTIN (0;5)			
24	Hersteller des aktiven Aggregats (nach dem Eingriff)	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: ● CPI ● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: ● Pacemaker ● Ventritex
wenn Feld 23 NICHTIN (0;5)			
25	Aggregatposition	1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
wenn Feld 23 IN (2;3;5)			
26	explantiertes System	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 explantierten Systems entspricht.
wenn Feld 23 IN (1;2;3;4;5;9)			
27	Aggregat: Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
28	Jahr der Implantation nicht bekannt	1 = ja	-
wenn Feld 23 IN (2;3;5)			
29	Hersteller des explantierten Aggregats	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch:

		<p>99 – nicht bekannt 99 – sonstiger</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NayaMed <p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Ventritex
Sonden			
Vorhof			
30	Art des Vorgehens	<p>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>	-
wenn Feld 30 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
31	Problem	<p>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 99 = sonstige</p>	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken dokumentieren.
wenn Feld 30 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
32	Zeitabstand zur Implantation der revidierten <u> bzw. explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde</u>	<p>1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt</p>	-
wenn Feld 30 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
33	Hersteller der revidierten <u> bzw. explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde</u>	<p>1 – Biotronik 3 – Boston Scientific 7 – Medtronic 9 – Sorin Group 18 – St. Jude Medical 99 – nicht bekannt 99 – sonstiger</p>	<p>Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CPI ● Guidant <p>Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● NayaMed

			<p>Unter "Sorin Group" firmieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sorin Biomedica ● Ela Medical <p>Zu "St. Jude Medical" gehören auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pacemaker ● Ventritex 															
wenn Feld 22 <> 3 und wenn Feld 30 IN (0;1;2;3;4;5;99)																		
34	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0,0 V Angabe ohne Warnung: ≤ 9,9 V	intraoperative Messung															
35	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-															
wenn Feld 30 IN (0;1;2;3;4;5;99)																		
36	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0,0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15,0 mV	intraoperative Messung															
37	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	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																		
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde																		
38	Art des Vorgehens	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	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. Beispielskonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen 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.															
			nach dem Eingriff zu dokumentieren															
			<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Eingriff</th> <th style="width: 40%;">erste VS</th> <th style="width: 40%;">zweite VS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</td> </tr> <tr> <td>Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde</td> <td>Stilllegung des P/S-Anteils</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde</td> <td>Stilllegung des Defi-Anteils Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Eingriff	erste VS	zweite VS	vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde			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	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	
Eingriff	erste VS	zweite VS																
vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde																		
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	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude																	

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

			Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Reizschwelle, Amplitude	
wenn Feld 38 IN (1;2;3;4;5;6;7;8;9;99)					
39	Problem	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 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken dokumentieren.		
wenn Feld 38 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)					
40	Zeitabstand zur Implantation der revidierten <u>,-bzw.-</u> explantierten <u>,-bzw.-</u> <u>stillgelegten</u> ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-		
wenn Feld 38 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)					
41	Hersteller der revidierten bzw. explantierten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: <ul style="list-style-type: none">• CPI• Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: <ul style="list-style-type: none">• NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: <ul style="list-style-type: none">• Sorin Biomedica• Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: <ul style="list-style-type: none">• Pacemaker• Ventritex		
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)					
42	Defibrillations-Elektroden	1 = Single Coil 2 = Dual Coil 9 = sonstige	-		
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;7;8;9;99)					
43	Position	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere	-		
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;8;99)					
44	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung		
45	Reizschwelle nicht gemessen	1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen	-		
wenn Feld 38 IN (0;1;2;3;4;5;8;99) und wenn Feld 43 IN (1;2)					
46	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung		

47	R-Amplitude nicht gemessen	1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-																																																						
Zweite Ventrikelsonde																																																									
48	Art des Vorgehens	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>Beispielkonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">nach dem Eingriff zu dokumentieren</th> </tr> <tr> <th>Eingriff</th> <th>erste VS</th> <th>zweite VS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</td> </tr> <tr> <td>Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde</td> <td>Stilllegung des P/S-Anteils</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde</td> <td>Stilllegung des Defi-Anteils Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entfernung der gesamten Sonde Implantation neuer getrennter Sonden</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td>zusätzliche Implantation. Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Kompletzentfernung</td> <td>Explantation</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kompletstilllegung</td> <td>Stilllegung der gesamten Sonde</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense auf getrennten Sonden</td> </tr> <tr> <td>Austausch beider Sonden</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Austausch der Defi-Sonde</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td>kein Eingriff an der Sonde Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Austausch der P/S-Sonde</td> <td>kein Eingriff an der Sonde keine Reizschwelle, keine Amplitude</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Kompletzentfernung</td> <td>Explantation</td> <td>Explantation</td> </tr> <tr> <td>Kompletstilllegung</td> <td>Stilllegung der gesamten Sonde</td> <td>Stilllegung der gesamten Sonde</td> </tr> <tr> <td>Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td> <td>Explantation</td> </tr> <tr> <td>Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td> <td>Stilllegung</td> </tr> <tr> <td>Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation</td> <td>Neuimplantation mit Stilllegung</td> <td>Explantation</td> </tr> </tbody> </table>		nach dem Eingriff zu dokumentieren		Eingriff	erste VS	zweite VS	vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde			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 Implantation. Reizschwelle, Amplitude	Kompletzentfernung	Explantation		Kompletstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde		vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense auf getrennten Sonden			Austausch beider Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Austausch der Defi-Sonde	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	kein Eingriff an der Sonde Reizschwelle, Amplitude	Austausch der P/S-Sonde	kein Eingriff an der Sonde keine Reizschwelle, keine Amplitude	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Kompletzentfernung	Explantation	Explantation	Kompletstilllegung	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) Reizschwelle, Amplitude	Explantation	Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung	Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation	Neuimplantation mit Stilllegung	Explantation
	nach dem Eingriff zu dokumentieren																																																								
Eingriff	erste VS	zweite VS																																																							
vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde																																																									
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 Implantation. Reizschwelle, Amplitude																																																							
Kompletzentfernung	Explantation																																																								
Kompletstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde																																																								
vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense auf getrennten Sonden																																																									
Austausch beider Sonden	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude																																																							
Austausch der Defi-Sonde	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)	kein Eingriff an der Sonde Reizschwelle, Amplitude																																																							
Austausch der P/S-Sonde	kein Eingriff an der Sonde keine Reizschwelle, keine Amplitude	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude																																																							
Kompletzentfernung	Explantation	Explantation																																																							
Kompletstilllegung	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) Reizschwelle, Amplitude	Explantation																																																							
Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung																																																							
Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation	Neuimplantation mit Stilllegung	Explantation																																																							

			der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	
			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
wenn Feld 48 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)					
49	Problem	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 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken dokumentieren.		
wenn Feld 48 IN (1;2;4;5;6;7;99)					
50	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, bzw. explantierten bzw. <u>stillgelegten</u> zweiten Ventrikelsonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-		
wenn Feld 48 IN (1;2;4;5;6;7;99)					
51	Hersteller der revidierten bzw. explantierten zweiten Ventrikelsonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 99 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: ● CPI ● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: ● Pacemaker ● Ventritex		
wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)					
52	Position	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-		
wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;99)					
53	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0,0 V Angabe ohne Warnung: ≤ 9,9 V	intraoperative Messung		
54	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	-		

wenn Feld 48 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 52 IN (1;2)			
55	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
56	R-Amplitude nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Dritte Ventrikelsonde			
57	Art des Vorgehens	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 57 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
58	Problem	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 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.
wenn Feld 57 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
59	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, <u>bzw.</u> explantierten <u>bzw.</u> stillgelegten dritten Ventrikelsonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 57 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
60	Hersteller der revidierten <u>bzw.</u> explantierten dritten Ventrikelsonde	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 99 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: ● CPI ● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: ● Pacemaker ● Ventritex
wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
61	Position	1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-

wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
62	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
63	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	-
wenn Feld 57 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 61 IN (1;2)			
64	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
65	R-Amplitude nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Andere Defibrillationssonde(n)			
66	Art des Vorgehens	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 66 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
67	Problem	0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 9 = sonstige	-
wenn Feld 66 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
68	Zeitabstand zur Implantation der revidierten explantierten stillgelegten anderer Defibrillationssonde(n)	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 66 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
69	Hersteller revidierter bzw. explantierter anderer Defibrillationssonden	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific 7 = Medtronic 9 = Sorin Group 18 = St. Jude Medical 99 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Ein Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, kann als "sonstiger" eingetragen werden. Zu "Boston Scientific" zählen auch: ● CPI ● Guidant Unter "Medtronic" zu verschlüsseln ist auch: ● NayaMed Unter "Sorin Group" firmieren: ● Sorin Biomedica ● Ela Medical Zu "St. Jude Medical" gehören auch: ● Pacemaker ● Ventritex
wenn Feld 66 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
70	Position	1 = Vena cava superior 2 = Vena subclavia 3 = rechter Vorhof 4 = rechter Ventrikel 5 = subkutan (Sub-Q Array) 6 = subkutan (S-ICD) 7 = epimyokardial (Patch-Elektrode)	-

		9 – andere 10 – mehrere	
Weitere inaktive oder explantierte Sonden			
71	weitere inaktive/stillgelegte Sonden	0 – nein 1 – ja	Hier sind Sonden zu dokumentieren, die bereits vor dem Eingriff stillgelegt waren.
72	weitere explantierte Sonden	0 – nein 1 – ja	-
Perioperative Komplikationen			
73	perioperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 73 = 1			
74	kardiopulmonale Reanimation	1 = ja	-
75	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	-
76	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
77	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
78	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
79	revisionsbedürftige Sondendislokation	1 = ja	-
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 79 <> LEER			
80	<u>Sondendislokation der Vorhofsonde</u>	1 = ja	-
81	<u>Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</u>	1 = ja	-
82	<u>Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde</u>	1 = ja	-
83	<u>Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde</u>	1 = ja	-
84	<u>Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)</u>	1 = ja	-
85	weitere inaktive/stillgelegte Sonde	1 – ja	-
wenn Feld 73 = 1			
86	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 86 <> LEER			
87	<u>Sondendysfunktion der Vorhofsonde</u>	1 = ja	-
88	<u>Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde</u>	1 = ja	-
89	<u>Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde</u>	1 = ja	-
90	<u>Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde</u>	1 = ja	-
91	<u>Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)</u>	1 = ja	-
wenn Feld 73 = 1			
92	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u> <u>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</u> <u>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das</u>

			Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 92 <-> LEER			
93	CDC Klassifikation	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion, Tascheninfektion) 3 = A3 (Räume/Organe, systemische Infektion)	-
wenn Feld 73 = 1			
94	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
95	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u>
96	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
97	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 <u>2017</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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
 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 2

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 BPfIV 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 BPfIV 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)

Anwenderinformation QS-Filter

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

Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDREV_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV_OPS_EX

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDREV_OPS
und

Keine Ausschluss - Prozedur aus der Tabelle ICDREV_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 20176 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 20187

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.20176' UND AUFNDATUM <= '31.12.20176' UND ENTLDATUM <= '31.01.20187'

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: Sondentfernung: Defibrillator

OPS-Kode	Titel
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
5-378.2e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.2f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.2g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.35	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.3c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.3d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.3e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.3f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.3g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.45	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.4c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.4d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.4e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.4f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.4g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.65	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.6c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.6d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.6e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.6f	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.6g	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit subkutaner Elektrode
5-378.75	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.7c	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.7d	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion

OPS-Kode	Titel
5-378.7e	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
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 auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: 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 auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.ce	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: 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

OPS-Kode	Titel
5-378.ch	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator oder Herzschrittmacher: 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.ck	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode

Prozedur(en) der Tabelle ICDREV OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-375.00	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop: Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.01	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop: Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-375.10	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz): Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.11	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz): Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-375.2	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
5-375.30	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts: Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.31	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthalts: Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthalts
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 Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion
5-378.b9	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion
5-378.ba	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation
5-378.bb	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode
5-378.bc	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode
5-378.bd	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit subkutaner Elektrode

Datensatz Karotis-Revaskularisation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort zweistellig, ggf. mit führender Null <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9-17 Klinische Diagnostik	
9	Karotisläsion rechts <small>Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokale-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokale-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</small> <input type="checkbox"/> 0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts

wenn Feld 9 = 2	
10>	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv) <input type="checkbox"/> 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige
wenn Feld 10 <> LEER	
11>>	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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage
wenn Feld 9 = 2	
12>	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall) <input type="checkbox"/> 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokale-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis internam. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall 9 = sonstige
13	Karotisläsion links <small>Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokale-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokale-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</small> <input type="checkbox"/> 0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links
wenn Feld 13 = 2	
14>	symptomatische Karotisläsion links (elektiv) <input type="checkbox"/> 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige
wenn Feld 14 <> LEER	
15>>	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage

Datensatz Karotis-Revaskularisation

wenn Feld 13 = 2	
16>	<p>symptomatische Karotisläsion links (Notfall)</p> <p>1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad)</p> <p>2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall</p> <p>9 = sonstige</p>
17	<p>Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)</p> <p>0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar</p> <p>1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit</p> <p>2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie</p> <p>3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie</p> <p>4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie</p> <p>5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig</p>
18-48 Apparative Diagnostik	
18	<p>Duplexsonographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
19	<p>transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
20	<p>intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
21	<p>Spiral-CT-Angiographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

22	<p>Magnetresonanztomographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
23	<p>kraniale Computertomographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
24	<p>kraniale Magnetresonanztomographie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 23 = 1 oder wenn Feld 24 = 1	
25>	<p>morphologischer Befund rechte Hemisphäre unauffällig</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 25 = 0	
26>>	<p>lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie</p> <p>1 = ja</p>
27>>	<p>hämodynamischer Infarkt</p> <p>1 = ja</p>
28>>	<p>territorialer Infarkt</p> <p>1 = ja</p>
wenn Feld 23 = 1 oder wenn Feld 24 = 1	
29>	<p>morphologischer Befund linke Hemisphäre unauffällig</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 29 = 0	
30>>	<p>lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie</p> <p>1 = ja</p>

Datensatz Karotis-Revaskularisation

31>>	hämodynamischer Infarkt	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
32>>	territorialer Infarkt	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prozent
34	Stenosegrad links (nach NASCET)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prozent
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 35 = 1		
36>	exulzierende Plaques	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
37>	Aneurysma	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
38>	symptomatisches Coiling	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
39>	Mehretagenläsion	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
40>	sonstige	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
41	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	

wenn Feld 41 = 1	
42>	exulzierende Plaques
	1 = ja <input type="checkbox"/>
43>	Aneurysma
	1 = ja <input type="checkbox"/>
44>	symptomatisches Coiling
	1 = ja <input type="checkbox"/>
45>	Mehretagenläsion
	1 = ja <input type="checkbox"/>
46>	sonstige
	1 = ja <input type="checkbox"/>
47	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis z um (ersten) Eingriff?
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 47 = 1	
48>	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

Datensatz Karotis-Revaskularisation

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
49-75 Eingriff / Prozedur	
49	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes? <div style="text-align: right;">□ □</div>
50	Datum des Eingriffs <small>TT.MM.JJJJ</small> <div style="text-align: right;">□ □ . □ □ . □ □ □ □</div>
51	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff) <div style="text-align: right;">□</div> <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>
52	Indikation <div style="text-align: right;">□</div> <p>1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen</p>
wenn Feld 52 = 3	
53>	Art der Komplikation <div style="text-align: right;">□</div> <p>1 = neurologisches Defizit 2 = technischer Fehler 3 = beides</p>
54	therapierte Seite <div style="text-align: right;">□</div> <p>1 = rechts 2 = links</p>
55	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite? <small>1 99</small> <div style="text-align: right;">□ □</div>
56	Prozedur(en) <small>OPS http://www.dimdi.de</small> 1. □—□□□□.□□□ 2. □—□□□□.□□□ 3. □—□□□□.□□□ 4. □—□□□□.□□□ 5. □—□□□□.□□□
57	Art des Eingriffs <div style="text-align: right;">□</div> <p>1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur</p>
neu	<u>Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?</u> <div style="text-align: right;">□</div> <p>1 = Ersteingriff 2 = Rezidiveingriff</p>
58	präprozedurale fachneurologische Untersuchung <div style="text-align: right;">□</div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
59	medikamentöse-Thromboseprophylaxe <div style="text-align: right;">□</div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
60	Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern <div style="text-align: right;">□</div> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 60 = 1	
61>	Welche Thrombozytenaggregationshemmer? <div style="text-align: right;">1. □ 2. □ 3. □</div> <p>1 = ASS 2 = Clopidogrel 3 = sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor) 4 = GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban) 9 = sonstige (z.B. Cilostazol)</p>
62	präprozedurale Lyse <div style="text-align: right;">□</div> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Karotis-Revaskularisation

63-75 Verlauf der Prozedur	
63	<p>Neuro-Monitoring</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 63 = 1	
64>	<p>SEP</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
65>	<p>EEG</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
66>	<p>Oxymetrie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
67>	<p>sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
68	<p>intraprozedurale Kontrolle</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 68 = 1	
69>	<p>Sonographie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
70>	<p>Angiographie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
71>	<p>Doppler-Flowmetrie</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
72>	<p>sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
73	<p>Dauer des Eingriffs</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Minuten</p>

74	<p>Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige</p>
75	<p>Zweiteingriff am arteriellen Gefäßsystem <small>im gleichen stationären Aufenthalt</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige</p>

Datensatz Karotis-Revaskularisation

INTERVENTIONELLE/KATHETER- GESTÜTZTE KAROTIS- REVASKULARISATION- (PTA UND/ODER-STENT) <small>Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden</small>	
76	Wievielte interventionelle Karotis- Revaskularisation während dieses Aufenthaltes? 1....99 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>
77	Art der Intervention 1 = PTA 2 = Stent 3 = PTA plus Stent <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/></div>
78	Protektionssystem 0 = nein 1 = ja <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/></div>
wenn Feld 78 = 1	
79>	Art des Protektionssystems <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%;"> 1 = Filter 2 = Occlusion proximal 3 = Occlusion distal 9 = sonstiges </div> <div style="width: 15%; text-align: right;"> 1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> </div> </div>
wenn Feld 77 IN (2;3)	
80>	Stent Typ 1 = Nitinol 2 = Edelstahl 9 = sonstige <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/></div>
81>	Stent Design 1 = Open-cell-Design 2 = Closed-cell-Design 3 = Semi-closed-cell-Design 9 = sonstige <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/></div>
82>	Anzahl der implantierten Stents im Zielgefäß <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/> <input type="text"/></div>

83	intraprozedurale Lyse / Thrombektomie <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="text"/></div>
0 = nein 1 = ja	

Datensatz Karotis-Revaskularisation

OFFEN-CHIRURGISCHE-KAROTIS-REVASKULARISATION	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
84	<p>Wieviele offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes? 1.....99</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/><input type="text"/></p>
85	<p>Allgemeinanästhesie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
86	<p>Loco-Regionalanästhesie</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
87	<p>Shunt Einlage</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
88	<p>TEA</p> <p>0 = nein 1 = mit Venen-Patch 2 = mit PTFE-Patch 3 = mit Polyurethan-Patch 4 = mit Dacron-Patch 5 = mit Direktnaht 6 = mit Xenomaterial 9 = sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
89	<p>Eversions-EA</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
90	<p>Karotis-Interponat</p> <p>0 = nein 1 = Vene 2 = PTFE 3 = Dacron 9 = sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

91	<p>sonstige Operationsverfahren</p> <p>0 = nein 1 = Externa-Plastik 2 = Karotido-karotidaler-Bypass 9 = sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
92	<p>zusätzliche intraoperative Maßnahmen</p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<i>wenn Feld 92 = 1</i>	
93>	<p>Angioplastie</p> <p>1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
94>	<p>Stent</p> <p>1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
95>	<p>intraoperative Lyse</p> <p>1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
96>	<p>sonstige</p> <p>1 = ja</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
97	<p>Abklemmdauer</p> <p>1. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Minuten 2. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Minuten 3. <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Minuten</p>

Datensatz Karotis-Revaskularisation

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
98-124	postprozeduraler Verlauf
98	<p>postprozedurale Kontrolle der Strombahn</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 98 = 1	
99>	<p>Doppler/Duplex</p> <p>1 = ja</p>
100>	<p>Angiographie</p> <p>1 = ja</p>
101>	<p>sonstige</p> <p>1 = ja</p>
102	<p>postprozedurale fachneurologische Untersuchung</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
103	<p>Neuaufgetretenes neurologisches Defizit</p> <p>bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff</p> <p>0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall</p>

wenn Feld 103 = 2	
104>	<p>Schweregrad des neurologischen Defizits</p> <p>zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis</p> <p>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</p>
105-110	CT/MRT-Untersuchung
105	<p>Untersuchung durchgeführt</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 105 = 1	
106>	<p>morphologischer Befund unauffällig</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 106 = 0	
107>>	<p>ischämischer Territorialinfarkt</p> <p>1 = ja</p>
108>>	<p>hämodynamischer Infarkt</p> <p>1 = ja</p>
109>>	<p>parenchymatöse Blutung</p> <p>1 = ja</p>
110>>	<p>sonstige</p> <p>1 = ja</p>

Datensatz Karotis-Revaskularisation

111	lokale Komplikationen bis zur Entlassung – es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 111 = 1		
112>	OP-pflichtige Nachblutung Nachblutungen an der Punktionsstelle sind nicht hier, sondern unter "behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle" zu dokumentieren.	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
113>	Nervenläsion als Folge des Eingriffs	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
114>	Karotisverschluss	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
115>	behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 115 <=> LEER		
116>>	Art der behandlungspflichtigen Komplikation(en) an der Punktionsstelle	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	
	1 = Blutung 2 = Hämatom 3 = Aneurysma 4 = Fisteln 0 = sonstige	
wenn Feld 111 = 1		
117>	sonstige	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) bis zur Entlassung – es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 118 = 1		
119>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
wenn Feld 119 <=> LEER		
120>>	STEMI	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 118 = 1		
121>	sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en) (dekompensierte Herzinsuffizienz, schwere Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
122>	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
123>	pulmonale Komplikationen (Lungenembolie, Pneumonie)	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
124>	sonstige	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

Datensatz Karotis-Revaskularisation

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
125-129	Entlassung
125	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
84	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
127	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2
<i>wenn Feld 127 = '07'</i>	
128>	Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
129>	Sektion erfolgt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Karotis-Revaskularisation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Karotis-Revaskularisation

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)


Ausfüllhinweise Karotis-Revaskularisation (10/2)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u>	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016<u>2017</u> bis zum 10.01. 2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016<u>2017</u> bis zum 20.01. 2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016<u>2017</u>.</p>
Klinische Diagnostik			
9	Karotisläsion rechts	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts	<p>Es wird nach dem Vorhandensein einer zerebralen oder okulären Symptomatik bzw. dem Nichtvorhandensein einer Symptomatik (= asymptomatisch) der rechten Karotisläsion gefragt, nicht danach, ob der Patient insgesamt (z. B. auf der kontralateralen Hemisphäre) symptomatisch war.</p> <p>Eine asymptomatische Karotisläsion ("1 = ja") liegt vor, wenn kein fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate neu aufgetreten ist. Ereignisse, die länger als sechs Monate zurückliegen, und deren Residuen zählen auch zu den asymptomatischen Karotisläsionen.</p>
wenn Feld 9 = 2			
10	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren.
wenn Feld 10 <> LEER			
11	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 180 Tage	Hier kann auf Angaben des Patienten, des zuweisenden Arztes oder auch von Angehörigen zurückgegriffen werden. Ein Intervall, welches länger als 6 Monate zurückliegt, bedeutet, dass diese Stenose/Läsion als asymptomatische Läsion zu gelten hat.
wenn Feld 9 = 2			
12	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall 9 = sonstige	<p>An dieser Stelle sind diejenigen Ereignisse anzugeben, die einer Läsion der rechten Karotis zuzuordnen sind:</p> <p>1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad)</p> <p>2 = 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.</p> <p>Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener</p>

			Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. 9 = sonstige
13	Karotisläsion links	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links	Es wird nach dem Vorhandensein einer zerebralen oder okulären Symptomatik bzw. dem Nichtvorhandensein einer Symptomatik (=asymptomatik) der linken Karotisläsion gefragt, nicht danach, ob der Patient insgesamt (z.B. auf der kontralateralen Hemisphäre) symptomatisch war. Eine asymptomatische Karotisläsion ("1 = ja") liegt vor, wenn kein fokale-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate neu aufgetreten ist. Ereignisse, die länger als sechs Monate zurückliegen, und deren Residuen zählen auch zu den asymptomatischen Karotisläsionen.
wenn Feld 13 = 2			
14	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren.
wenn Feld 14 <> LEER			
15	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 180 Tage	Hier kann auf Angaben des Patienten, des zuweisenden Arztes oder auch von Angehörigen zurückgegriffen werden. Ein Intervall, welches länger als 6 Monate zurückliegt, bedeutet, dass diese Stenose/Läsion als asymptomatische Läsion zu gelten hat.
wenn Feld 13 = 2			
16	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokale-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall 9 = sonstige	An dieser Stelle sind diejenigen Ereignisse anzugeben, die einer Läsion der linken Karotis zuzuordnen sind: 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokale-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = 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. Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. 9 = sonstige
17	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	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	Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall entsprechend den Schlüsseln im Datensatz. An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.

		und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	
Apparative Diagnostik			
18	Duplexsonographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
19	transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
20	intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
21	Spiral-CT-Angiographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
22	Magnetresonanztomographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
23	kraniale Computertomographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
24	kraniale Magnetresonanztomographie	0 → nein 1 → ja	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht.
wenn Feld 23 = 1 oder wenn Feld 24 = 1			
25	morphologischer Befund rechte Hemisphäre unauffällig	0 → nein 1 → ja	Hier ist der morphologische Befund im Schädel-CT bzw. MRT im rechten vorderen Stromgebiet gemeint. (Datenfelder: lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie, hämodynamischer Infarkt, territorialer Infarkt)
wenn Feld 25 = 0			
26	lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie	1 → ja	-
27	hämodynamischer Infarkt	1 → ja	-
28	territorialer Infarkt	1 → ja	-
wenn Feld 23 = 1 oder wenn Feld 24 = 1			
29	morphologischer Befund linke Hemisphäre unauffällig	0 → nein 1 → ja	Hier ist der morphologische Befund im Schädel-CT bzw. MRT im linken vorderen Stromgebiet gemeint. (Datenfelder: lakunärer Infarkt, hämodynamischer Infarkt, territorialer Infarkt)
wenn Feld 29 = 0			
30	lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie	1 → ja	-
31	hämodynamischer Infarkt	1 → ja	-
32	territorialer Infarkt	1 → ja	-
33	Stenosegrad rechts (nach NASCET)	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	Die Duplexsonographie stellt die Standardmethode für die Bestimmung des Stenosegrades dar. Die Angabe des Stenosegrades muss nach NASCET-Kriterien erfolgen. Wurde der Stenosegrad zuvor nach ECST-Kriterien ermittelt ist er zur Dokumentation nach folgender Formel umzurechnen: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.

			
34	Stenosegrad links (nach NASCET)	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	Die Duplexsonographie stellt die Standardmethode für die Bestimmung des Stenosegrades dar. Die Angabe des Stenosegrades muss nach NASCET-Kriterien erfolgen. Wurde der Stenosegrad zuvor nach ECST-Kriterien ermittelt ist er zur Dokumentation nach folgender Formel umzurechnen: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.
35	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	0 = nein 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
wenn Feld 35 = 1			
36	exulzierierende Plaques	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
37	Aneurysma	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
38	symptomatisches Coiling	1 = ja	<u>Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.</u> Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
39	Mehretagenläsion	1 = ja	Zusätzlich zu einer operativ oder endovaskulär zu versorgenden Karotisstenose muss eine vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (<u>über 70%</u>) vorliegen. Eine Doppelstenose an der extrakraniellen ACI ist nicht gemeint. Zur Sicherung der Diagnose muss eine Angiographie durchgeführt worden sein. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
40	sonstige	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
41	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	0 = nein 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
wenn Feld 41 = 1			
42	exulzierierende Plaques	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
43	Aneurysma	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
44	symptomatisches Coiling	1 = ja	<u>Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.</u> Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.

45	Mehretagenläsion	1 = ja	Zusätzlich zu einer operativ oder endovaskulär zu versorgenden Karotisstenose muss eine vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%) vorliegen. Eine Doppelstenose an der extrakraniellen ACI ist nicht gemeint. Zur Sicherung der Diagnose muss eine Angiographie durchgeführt worden sein. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
46	sonstige	1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
47	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 47 = 1			
48	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)	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	-
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Eingriff / Prozedur			
49	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes	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.
50	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	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.
51	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	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 Bauchaortenaneurysma [...])“ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
52	Indikation	1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen	-
wenn Feld 52 = 3			
53	Art der Komplikation	1 = neurologisches Defizit 2 = technischer Fehler 3 = beides	-
54	therapierte Seite	1 = rechts 2 = links	-
55	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite	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. offenchirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntens und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutant-luminale Angioplastien (PTA), perkutan-luminale Implantationen von Stents).
56	Prozedur(en)	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. 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 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 (Endarteriektomie: 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 Codes sind somit 5-381.01:R, 5-381.01:L oder 5-381.01:B. Die Dokumentation des Codes 5-381.01 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2017-2018</u> durchgeführte Eingriffe sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2016-2017</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.
57	Art des Eingriffs	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	-
neu	<u>Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis</u>	<u>1 = Ersteingriff</u> <u>2 = Rezidiveingriff</u>	<u>Ersteingriffe liegen vor, wenn an der ipsilateralen A. carotis bislang weder eine offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation vorgenommen wurde. Wurde vor dem jetzigen Eingriff ipsilateral eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation durchgeführt, liegt ein Rezidiveingriff vor.</u>
58	präprozedurale fachneurologische Untersuchung	0 = nein 1 = ja	Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden.
59	medikamentöse Thromboseprophylaxe	0 = nein 1 = ja	-
60	Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 60 = 1			
61	Welche Thrombozytenaggregationshemmer	1 = ASS 2 = Clopidogrel 3 = sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor) 4 = GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban) 9 = sonstige (z.B. Cilostazol)	-
62	präprozedurale Lyse	0 = nein 1 = ja	-
Verlauf der Prozedur			
63	Neuro-Monitoring	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 63 = 1			
64	SEP	1 = ja	-
65	EEG	1 = ja	-
66	Oxymetrie	1 = ja	Hierbei handelt es sich um die jugularvenöse Oxymetrie
67	sonstige	1 = ja	-
68	intraprozedurale Kontrolle	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 68 = 1			
69	Sonographie	1 = ja	-
70	Angiographie	1 = ja	-
71	Doppler-Flowmetrie	1 = ja	-
72	sonstige	1 = ja	-
73	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 30 – 240 Minuten	Die Dauer des Eingriffs ist folgendermaßen definiert: – offen chirurgische Operation: Schnitt Naht Zeit – PTA/Stent: Zeit von der Punktion bis zur Entfernung des Katheters – Umstieg von PTA/Stent auf offen chirurgische Operation: Zeit von Punktion bis Naht Bei Simultaneingriffen, d.h. bei einzeitigem Eingriff an der Karotis und am Herzen, ist die Gesamtdauer des Eingriffs zu dokumentieren.
74	Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem	0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion	Patienten mit aorto-koronaren Bypassoperationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.

		4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige	
75	Zweiteingriff am arteriellen Gefäßsystem	0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige	Patienten mit aorto-koronaren Bypassoperationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.
Teildatensatz Interventionelle/Kathetergestützte Karotis-Revaskularisation (PTA und/oder Stent) (PTA)			
76	Wievielfte interventionelle Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
77	Art der Intervention	1 = PTA 2 = Stent 3 = PTA plus Stent	-
78	Protektionssystem	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 78 = 1			
79	Art des Protektionssystems	1 = Filter 2 = Occlusion proximal 3 = Occlusion distal 9 = sonstiges	-
wenn Feld 77 IN (2;3)			
80	Stent-Typ	1 = Nitinol 2 = Edelmetall 9 = sonstige	Werden während eines Eingriffs mehrere Stents aus unterschiedlichen Materialien implantiert, ist "sonstige" anzugeben.
81	Stent-Design	1 = Open-cell-Design 2 = Closed-cell-Design 3 = Semi-closed-cell-Design 9 = sonstige	Werden während eines Eingriffs mehrere Stents mit unterschiedlichem Zelldesign implantiert, ist "sonstige" anzugeben.
82	Anzahl der implantierten Stents	Gültige Angabe: ≥ 1	Bei mehreren Eingriffen während eines Aufenthaltes bitte nur die Anzahl der während dieses Eingriffs implantierten Stents angeben.
83	intraprozedurale Lyse / Thrombektomie	0 = nein 1 = ja	-
Teildatensatz Offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation (OFFEN)			
84	Wievielfte offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
85	Allgemeinanästhesie	0 = nein 1 = ja	Systemische Anästhetikagabe, die einen Zustand des Bewusstseinsverlustes und der Empfindungslosigkeit hervorruft, in dem ein chirurgischer Eingriff ohne Abwehrreaktionen möglich ist.
86	Loco-Regionalanästhesie	0 = nein 1 = ja	Regionale Leitungsanästhesie durch periphere oder zentrale Leitungsblockade kombiniert mit lokaler Infiltrationsanästhesie.
87	Shunt-Einlage	0 = nein 1 = ja	-
88	TEA	0 = nein 1 = mit Venen-Patch 2 = mit PTFE-Patch 3 = mit Polyurethan-Patch 4 = mit Dacron-Patch 5 = mit Direktnaht 6 = mit e-nomaterial 9 = sonstige	Bei V-Plastik ist keine TEA, sondern eine Eversions-EA zu dokumentieren (Feld Eversions-EA).
89	Eversions-EA	0 = nein 1 = ja	Bei V-Plastik ist eine Eversions-EA mit "1 = ja" zu dokumentieren.
90	Karotis-Interponat	0 = nein 1 = Vene 2 = PTFE 3 = Dacron 9 = sonstige	-

91	sonstige Operationsverfahren	0 = nein 1 = Externa Plastik 2 = Karotido-karotidaler Bypass 9 = sonstige	Bei V — Plastik ggfs. zusätzlich "1 = Externa_Pplastik" zu dokumentieren.
92	zusätzliche intraoperative Maßnahmen	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 92 = 1			
93	Angioplastie	1 = ja	-
94	Stent	1 = ja	-
95	intraoperative Lyse	1 = ja	-
96	sonstige	1 = ja	-
97	Abklemmdauer	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 0 Minuten Angabe ohne Warnung: ≤ 240 Minuten	Wurde die A. Karotis während eines Eingriffs mehrmals abgeklemmt, kann die Gesamtabklemmdauer in bis zu drei einzelnen Zeitabschnitten dokumentiert werden. Eine Addition zur Gesamtabklemmdauer ist ebenfalls zulässig.
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
postprozeduraler Verlauf			
98	postprozedurale Kontrolle der Strombahn	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 98 = 1			
99	Doppler/Duplex	1 = ja	-
100	Angiographie	1 = ja	-
101	sonstige	1 = ja	-
102	postprozedurale fachneurologische Untersuchung	0 = nein 1 = ja	Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden.
103	Neuaufgetretenes neurologisches Defizit	0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	Hier bitte jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit angeben.
wenn Feld 103 = 2			
104	Schweregrad des neurologischen Defizits	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	Das Datenfeld "Schweregrad des neurologischen Defizits" kommt nur zur Anwendung, wenn bis zur Entlassung bzw. bis zum nächsten (dokumentationspflichtigen) Eingriff an der Arteria carotis ein perioperativer Schlaganfall aufgetreten ist. ("Neuaufgetretenes neurologisches Defizit = Periprozeduraler Schlaganfall")
CT/MRT-Untersuchung			
105	Untersuchung durchgeführt	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 105 = 1			
106	morphologischer Befund unauffällig	0 = nein 1 = ja	Der CT und/oder MRT morphologische Befund bezieht sich auf ein etwaiges perioperatives neurologisches Defizit. (Datenfelder: ischämischer Territorialinfarkt, hämodynamischer Infarkt, parenchymatöse Blutung, Reperfusionsoedem, sonstige)

wenn Feld 106 = 0			
107	ischämischer Territorialinfarkt	1=ja	-
108	hämodynamischer Infarkt	1=ja	-
109	parenchymatöse Blutung	1=ja	-
110	sonstige	1=ja	-
111	lokale Komplikationen	0=nein 1=ja	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen.
wenn Feld 111 = 1			
112	OP-pflichtige Nachblutung	1=ja	-
113	Nervenläsion als Folge des Eingriffs	1=ja	Es sind Nervenläsionen als Folge der Punktion bzw. der Operation zu dokumentieren, unabhängig davon, ob es sich um eine temporäre oder persistierende neurologische Schädigung handelt.
114	Karotisverschluss	1=ja	-
115	behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	1=ja	-
wenn Feld 115 <-> LEER			
116	Art der behandlungspflichtigen Komplikation(en) an der Punktionsstelle	1=Blutung 2=Hämatom 3=Aneurysma 4=Fisteln 9=sonstige	-
wenn Feld 111 = 1			
117	sonstige	1=ja	-
118	allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en)	0=nein 1=ja	Angabe der allgemeinen postoperativen Komplikation (Abgrenzung zu den chirurgischen Komplikationen). Wenn die Frage mit "1=Ja" beantwortet worden ist, ist mindestens eine der folgenden Komplikationen anzugeben: Herzinfarkt, sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en), tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, pulmonale Komplikationen, sonstige
wenn Feld 118 = 1			
119	Herzinfarkt	1=ja	Wenn bei Infarktverdacht eine Markererhöhung vorliegt (Markererhöhung = mindestens einer der Marker Troponin, CKMB).
wenn Feld 119 <-> LEER			
120	STEMI	0=nein 1=ja	-
wenn Feld 118 = 1			
121	sonstige kardiovaskuläre Komplikation(en)	1=ja	-
122	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1=ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
123	pulmonale Komplikationen	1=ja	-
124	sonstige	1=ja	-
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung			
125	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016-2017 bis zum 10.01.2016/2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016-2017 bis zum 20.01.2016-2017 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016/2017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016/2017

126	Entlassungsdiagnose(n)	-	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>2017-2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.
127	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
wenn Feld 127 = '07'			
128	Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung	0 = nein 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.
129	Sektion erfolgt	0 = nein 1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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/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

Schlüssel 2

01 = Behandlung regulär beendet
 Entlassungsgrund 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)

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 2017~~6~~ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018~~7~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017~~6~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017~~6~~' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018~~7~~'

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_EX

OPS-Kode	Titel
5-37b.10	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: Implantation in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 3 und mehr Kanülen
5-37b.20	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: Implantation in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 3 und mehr Kanülen
5-37b.30	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: 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 Membranoxygenation: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 3 und 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

OPS-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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 biiliakal
5-384.x4	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biiliakal 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	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.01	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.03	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.04	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.05	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.06	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.07	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.08	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.09	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.0a	Extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr

Prozedur(en) der Tabelle CAR OPS

OPS-Kode	Titel
5-381.00	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-381.01	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-381.02	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-381.03	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-381.05	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
5-381.06	Enderarteriektomie: 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: Angioplastie (Ballon): A. carotis n.n.bez.
8-836.0j	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis communis
8-836.0k	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis interna extrakraniell
8-836.0m	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-836.0n	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): A. carotis externa
8-840.0h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.

OPS-Kode	Titel
8-840.0j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-840.0k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-840.0m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.0n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-840.1h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.1j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
8-840.1k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.1m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.1n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
8-840.2h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.2j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis
8-840.2k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.2m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.2n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa
8-840.3h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.3j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
8-840.3k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.3m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.3n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
8-840.4h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.4j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
8-840.4k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.4m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.4n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
8-840.5h	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.5j	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis communis
8-840.5k	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.5m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.5n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis externa

OPS-Kode	Titel
8-841.0h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-841.0j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-841.0k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-841.0m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.0n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-841.1h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.1j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
8-841.1k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.1m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.1n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
8-841.2h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.2j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis
8-841.2k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.2m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.2n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa
8-841.3h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.3j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
8-841.3k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.3m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.3n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
8-841.4h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.4j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
8-841.4k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.4m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.4n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
8-841.5h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.5j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis communis
8-841.5k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.5m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis

OPS-Kode	Titel
8-842.5m	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.5n	Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und 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 und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.

OPS-Kode	Titel
8-843.5j	Perkutan-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis communis
8-843.5k	Perkutan-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.5m	Perkutan-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.5n	Perkutan-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs und 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 und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-845.1j	Perkutan-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis communis
8-845.1k	Perkutan-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-845.1m	Perkutan-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-845.1n	Perkutan-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und 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 und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-846.1j	Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis communis
8-846.1k	Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-846.1m	Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-846.1n	Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: A. carotis externa
8-848.0h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-848.0j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
8-848.0k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-848.0m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.0n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa

OPS-Kode	Titel
8-848.1h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.1j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
8-848.1k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.1m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.1n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
8-848.2h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.2j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis communis
8-848.2k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.2m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.2n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis externa
8-848.3h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.3j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis communis
8-848.3k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.3m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.3n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis externa
8-848.4h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.4j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis communis
8-848.4k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.4m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.4n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis externa
8-848.5h	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.5j	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis communis
8-848.5k	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.5m	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.5n	Perkutan-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: A. carotis externa
8-849.0h	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-849.0j	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-849.0k	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell

OPS-Kode	Titel
8-849.0m	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-849.0n	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-849.1h	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-849.1j	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis communis
8-849.1k	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-849.1m	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-849.1n	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis externa
8-84a.0h	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-84a.0j	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-84a.0k	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-84a.0m	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-84a.0n	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-84a.1h	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-84a.1j	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis communis
8-84a.1k	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-84a.1m	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-84a.1n	Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: A. carotis externa

Datensatz Gynäkologische Operationen

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer der Patientin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Aufnahmediagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Datensatz Gynäkologische Operationen

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
9-14	Anamnese/Untersuchung
9	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus <small>Angabe nur in Hessen</small> 1 = ja <input type="checkbox"/>
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation <small>ASA</small> 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 <input type="checkbox"/>
12	Vorbestrahlung im OP-Gebiet 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
13	Voroperation im OP-Gebiet 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
14	Notfall 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
15-15	Prophylaxe
15	perioperative Antibiotikaphylaxe 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
16-19	Operation
16	OP-Datum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

17	Operation OPS <small>http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ... 20. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Wenn (Salpingo-)Ovarektomie 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**	
18>	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
19	Dauer des Eingriffs <small>Schnitt-Nahtzeit</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten
20-23	Komplikationen
20	intraoperative Komplikationen durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Gynäkologische Operationen

wenn Feld 20 = 1	
21>	Art der Komplikation 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Blase 2 = Harnleiter 3 = Urethra 4 = Darm 5 = Uterus 6 = Gefäß-/Nervenläsion 7 = Lagerungsschaden 8 = andere Organverletzungen 9 = andere intraoperative Komplikationen
22	postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 22 = 1	
23>	Art der Komplikation 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 2
24-30 Histologie	
24	postoperative Histologie 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 24 = 1	
25>	führender Befund Schlüssel 3
wenn führender Befund maligne	
26>>	pT Schlüssel 4

27>>	pN 0 = 0 1 = 1 X = X
28>>	M 0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt
29>>	G 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 B = B X = X
wenn Feld 24 = 1	
30>	weitere Befunde 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 3
31-34 Blasenentleerung	
31	assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 31 = 1	
32>	wiederholte Einmalkatheterisierung 1 = ja
33>	transurethraler Dauerkatheter 1 = ja
34>	suprapubischer Dauerkatheter 1 = ja

Datensatz Gynäkologische Operationen

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
35-37	Entlassung
35	Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
36	Entlassungsdiagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
37	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 5

Datensatz Gynäkologische Operationen

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1090 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1091 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1092 = Pädiatrie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1100 = Kinderkardiologie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1190 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1191 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1192 = Kinderkardiologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1200 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1290 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0200 = Geriatrie	1300 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1390 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1391 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0290 = Geriatrie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0291 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0292 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0391 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0392 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0400 = Nephrologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0490 = Nephrologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0491 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0492 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1590 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1691 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1700 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1790 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0700 = Gastroenterologie	1800 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1890 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1891 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1892 = Gefäßchirurgie
0791 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1991 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0891 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0892 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0900 = Rheumatologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0990 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
1000 = Pädiatrie	2100 = Herzchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
	2190 = Herzchirurgie
	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie

Datensatz Gynäkologische Operationen

2200 = Urologie	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
2290 = Urologie	3290 = Nuklearmedizin
2291 = Urologie	3291 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2300 = Orthopädie	3300 = Strahlenheilkunde
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2392 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3490 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3491 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3492 = Dermatologie
2425 = Frauenheilkunde	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2500 = Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2590 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2591 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2592 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2700 = Augenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2790 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2791 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2792 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2800 = Neurologie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3690 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3691 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2892 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3751 = Radiologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3752 = Palliativmedizin
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3753 = Schmerztherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3756 = Suchtmedizin
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3757 = Visceralchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3790 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3791 = Sonstige Fachabteilung
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 1 = Pneumonie
- 2 = kardiovaskuläre Komplikationen
- 3 = tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- 4 = Lungenembolie
- 5 = Infektion der ableitenden Harnwege
- 6 = Serom/Hämatom
- 7 = OP-pflichtige Nachblutung
- 8 = Gefäß- und / oder Nervenschäden
- 9 = Dekubitus
- 10 = Fieber > 38° C (ab 3. Tag postop. > 48 h)
- 11 = Sepsis
- 12 = Ileus
- 99 = andere postoperative Komplikationen

Schlüssel 3

- 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

Datensatz Gynäkologische Operationen

- 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 Ia
 24 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
 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

Schlüssel 4

- 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
 is = is
 X = X

Schlüssel 5

- 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 BPfIV 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 BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

Ausfüllhinweise Gynäkologische Operationen (15/1)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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>Beispiel</p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20176 bis zum 10.01.20176</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20176 bis zum 20.01.20176</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20176, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20176.</p>
8	Aufnahmediagnose(n)	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
Teildatensatz Operation (O)			
Anamnese/Untersuchung			
9	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	<p>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.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
10	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus	1 = ja	-
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<p>1 = normaler, gesunder Patient</p> <p>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung</p> <p>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung</p> <p>4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt</p> <p>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 Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010:</p> <p>„ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation</p> <p>ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient)</p> <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>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
12	Vorbestrahlung im OP-Gebiet	0 = nein 1 = ja	-
13	Voroperation im OP-Gebiet	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.
14	Notfall	0 = nein 1 = ja	-
Prophylaxe			
15	perioperative Antibiotikaphylaxe	0 = nein 1 = ja	-
Operation			
16	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	<p>OPS-Datum:</p> <p>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>
17	Operation	-	<p>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</p> <p>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</p>

			<p>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.</p> <p>Beispiel: Für den OPS-Code 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 Codes sind somit 5-653.30:R, 5-653.30:L oder 5-653.30:B. Die Dokumentation des Codes 5-653.30 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 20187 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20176 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20176 aufgenommen worden ist.</p>
Wenn (Salpingo-)Ovarektomie 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**			
18	Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden	0 = nein 1 = ja	Wenn eine beidseitige (Salpingo-)Ovarektomie durchgeführt wurde, ist „nein“ anzugeben.
19	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5-360 Minuten	-
Komplikationen			
20	intraoperative Komplikationen	0 = nein 1 = ja	<p>„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde. (Zur Übersicht der QS-pflichtigen Eingriffe siehe: Anwenderinformationen auf http://www.sgg.de/datenservice/spezifikationen-downloads/index.html.)</p> <p>„Nein“ ist anzugeben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>die intraoperative Komplikation nicht durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</u> 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. <p>Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten - wenn die Patientin zu klinischem Schaden kommt und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> o alle Verletzungen, die eine Re-Operation notwendig machen o alle Verletzungen, deren Versorgung die OP-Zeit deutlich verlängern <p>NICHT anzugeben sind geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen.</p>
wenn Feld 20 = 1			
21	Art der Komplikation	1 = Blase 2 = Harnleiter 3 = Urethra 4 = Darm 5 = Uterus 6 = Gefäß-/Nervenläsion 7 = Lagerungsschaden 8 = andere Organverletzungen 9 = andere intraoperative Komplikationen	-
22	postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 22 = 1			

23	Art der Komplikation	1 = Pneumonie 2 = kardiovaskuläre Komplikationen 3 = tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose 4 = Lungenembolie 5 = Infektion der ableitenden Harnwege 6 = Serom/Hämatom 7 = OP-pflichtige Nachblutung 8 = Gefäß- und / oder Nervenschäden 9 = Dekubitus 10 = Fieber > 38 °C (ab 3. Tag postop. > 48 h) 11 = Sepsis 12 = Ileus 99 = andere postoperative Komplikationen	siehe Anmerkung 1
Histologie			
24	postoperative Histologie	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 24 = 1			
25	führender Befund	siehe Schlüssel 2	Bei mehrzeitigem Vorgehen ist der gravierendste histologische Befund einzutragen. Erläuterungen zu einzelnen Schlüsselwerten (Schlüssel: Histologie): - 01, 28, 38, 78: Histologisch Normalbefund ist dann zu dokumentieren, wenn keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung vorliegt. - Metastasen und lokale Infiltration der Adnexe, der Cervix uteri, des Corpus uteri oder der Vagina/Vulva durch andere Primärtumoren sind mit "11 = sonstige Veränderung an den Adnexen", "29 = sonstige Veränderungen der Cervix uteri", "39 = sonstige Veränderungen des Corpus uteri", "79 = sonstige Veränderung der Vagina/Vulva" zu dokumentieren.
wenn führender Befund maligne			
26	pT	siehe Schlüssel 3	-
27	pN	0 = 0 1 = 1 =	-
28	M	0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt	Die Kategorie M wurde in der 7. Auflage der TNM-Klassifikation nach UICC 2010 (p. 10) gestrichen. Begründung: Die Kategorie M wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist (die Verwendung von M kann zum Ausschluss vom Staging führen).
29	G	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 B = B =	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert 4 = undifferenziert B = Karzinom niedrigmaligner Potenz (früher Borderline-Malignität) = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden
wenn Feld 24 = 1			
30	weitere Befunde	siehe Schlüssel 2	-
Blasenentleerung			
31	assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 31 = 1			
32	wiederholte Einmalkatheterisierung	1 = ja	-
33	transurethraler Dauerkatheter	1 = ja	-
34	suprapubischer Dauerkatheter	1 = ja	-
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung			
35	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung

			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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2017 6 bis zum 10.01.2017 6 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 6 bis zum 20.01.2017 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017 6 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017 6
36	Entlassungsdiagnose(n)	-	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 2018 7 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2017 6 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2017 6 aufgenommen worden ist.
37	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 4	-

Anmerkungen

Anmerkung 1 POPKOMPG N Schlüsselwert 1 (Pneumonie): Pneumonekriterien nach CDC

Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:

1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien:

- Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.
- Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.
- Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.

2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:

- Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.
- Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.
- Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.
- Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten.
- Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben.

Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.

Schlüsselwert 2 (Kardiovaskuläre Komplikationen):

Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufs, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell)

Schlüsselwert 3 (Tiefe/Bein-Beckenvenenthrombose) :

Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose

Schlüsselwert 4 (Lungenembolie):

Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose

Schlüsselwert 5 (Infektion der ableitenden Harnwege):

Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC)

muss eines der folgenden Kriterien erfüllen:

1. Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38 C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eine Urinkultur von > 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen.

2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38 °C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eines der folgenden Anzeichen:

- Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv
- Pyurie (> 10 Leukozyten/ml oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin)
- Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen
- zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10 koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin
- Urinkultur mit < 105 KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden
- Diagnose des Arztes
- Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.

Schlüsselwert 6: (Serom/Hämatom)

Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention erforderlich ist.

Schlüsselwert 8: (Gefäß- und Nervenschäden)

Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden Nervenschaden (sensibel oder motorisch) definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist, so dass Hautnervenschäden nicht zu dokumentieren sind.

Schlüsselwert 11: (Sepsis)

Sepsis (CDC-Definitionen)

- **Durch Labor bestätigte primäre Sepsis** muss den folgenden Kriterien entsprechen:

1. Pathogener Erreger aus Blutkultur isoliert, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle verwandt ist.
2. Eines der folgenden: Fieber (> 38 °C), Schüttelfrost oder Hypotonie (systolischer Druck ≤ 90 mmHg)

UND eines der folgenden:

- gewöhnlicher Hautkeim, welcher nicht mit einer Infektion an anderer Stelle verwandt ist, wurde aus zwei zu verschiedenen Zeiten entnommenen Blutkulturen isoliert

- gewöhnlicher Hautkeim wurde in mindestens einer Blutkultur bei einem Patienten mit intravaskulärem Fremdkörper isoliert

UND Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie

- positiver Antigen-Bluttest und Krankheitserreger ist mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt.

- Klinische primäre Sepsis

muss den folgenden Kriterien entsprechen:

Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache:

- Fieber (> 38 °C),
- Hypotonie (systolischer Druck ≤ 90 mmHg),
- Oligurie (< 20 ml/h) ohne sonstige erkennbare Ursache

UND sämtliche der folgenden Anzeichen:

1. Keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen oder Antigene im Blut entdeckt.
2. Keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle.
3. Arzt leitet eine Therapie wegen Sepsis ein.

- Sekundäre Sepsis

Ein durch Blutkultur isolierter Keim stimmt mit einer verwandten nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein. Dies ist als sekundäre Sepsis zu klassifizieren.

Stimmt der aus der Blutkultur isolierte Mikroorganismus mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein, wird die Sepsis als sekundäre Sepsis klassifiziert. Eine Ausnahme besteht bei der katheterassoziierten Sepsis, die als primäre klassifiziert wird, auch dann, wenn lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle ersichtlich sind.

z. B. Koagulase negative Staphylokokken, Corynebakterien, Propionibakterien
Bei Vorliegen offensichtlicher Infektionen an anderer Stelle, hierzu zählen auch Infektionen an der Gefäßkathetereinstichstelle inklusive evtl. vorliegender Arterien- oder Veneninfektion, kann keine klinische primäre Sepsis diagnostiziert werden.

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-SoIG)
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
 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 2
Histologie

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 Ia
 24 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia
 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

Schlüssel 3

pT pathologische Klassifikation:
 primärer Tumor (pTNM)

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
 is = is
 =

Schlüssel 4

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- und teilstationärer Behandlung
 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

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 2017 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018'

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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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	Follikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Follikuläres 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

ICD-Kode	Titel
C88.21	Sonstige Schwerekettenkrankheit: 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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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_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.

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)

OPS-Kode	Titel
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	Ovariectomie: Restovariectomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-652.41	Ovariectomie: Restovariectomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-652.42	Ovariectomie: Restovariectomie: 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

OPS-Kode	Titel
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: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)
5-653.31	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-653.32	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.33	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-653.34	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-653.35	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal
5-653.3x	Salpingoovariectomie: Salpingoovarektomie (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

OPS-Kode	Titel
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.x5	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Vaginal
5-656.xx	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: Offen chirurgisch (abdominal)

OPS-Kode	Titel
5-657.91	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.93	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.94	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.95	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Vaginal
5-657.9x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina: Sonstige
5-657.x0	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.x1	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.x2	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.x3	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.x4	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.x5	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal
5-657.xx	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Sonstige
5-657.y	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: N.n.bez.
5-658.6	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens
5-658.7	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar
5-658.8	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina
5-658.9	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina
5-658.x	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Sonstige
5-658.y	Adhäsiolyse 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)

OPS-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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)

OPS-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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 Salpingoovarektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
5-683.11	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Vaginal
5-683.12	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert

OPS-Kode	Titel
5-683.13	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-683.14	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-683.15	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-683.1x	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, einseitig: Sonstige
5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Vaginal
5-683.22	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-683.23	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-683.24	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-683.25	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-683.2x	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, 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.
5-689.00	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-689.01	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Vaginal
5-689.02	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-689.03	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-689.04	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-689.05	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-689.0x	Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie: Sonstige
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)

OPS-Kode	Titel
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

Datensatz Geburtshilfe

MUTTER	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen-Mutter <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer-Mutter <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung-Mutter <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> Schlüssel 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Identifikationsnummer des Patienten-Mutter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Kliniknummer-Mutter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geburtsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Anzahl Mehrlinge <input type="text"/> <input type="text"/>
<small>neu</small>	<u>Versorgungsstufe</u> <input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <u>1 = Perinatalzentrum Level 1</u> <u>2 = Perinatalzentrum Level 2</u> <u>3 = Perinataler Schwerpunkt</u> <u>4 = Geburtsklinik</u> <u>5 = sonstiges</u>
9-28 Basisdokumentation - Mutter	
9	Geburtsdatum der Schwangeren <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11	Aufnahmeuhrzeit <small>hh:mm</small> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Mutter wurde zuverlegt? <small>Wenn Mutter zuverlegt, Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Aufnahmediagnose Mutter <small>http://www.dimdi.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
14	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit <small>http://www.dimdi.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
15	vorstationäre Behandlung <input type="text"/> <input type="text"/> Tage
16	nachstationäre Behandlung <input type="text"/> <input type="text"/> Tage
17	5-stellige PLZ des Wohnortes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18	Herkunftsland: Deutschland <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
19	Anderes Land <input type="checkbox"/> 1 = Mittel- und Nordeuropa; Nordamerika: A, CH, F, B, NL, L, GB, DK, S, N, FIN, USA 2 = Mittelmeerländer: ehemal. YU, GR, I, E, P, Israel, Malta, Zypern 3 = Osteuropa: ehemal. SU, PL, Tschechien, Slowakei, RO, BG, H 4 = Mittlerer Osten (inkl. TR, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika (arab. Länder) 5 = Asien (exkl. 4) 9 = sonstige Staaten
20	Mutter alleinstehend ohne festen Partner <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Geburtshilfe

21	Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja
22	Tätigkeit der Mutter	<input type="checkbox"/>	1 = Hausfrau 2 = in Ausbildung, Studium 4 = un-/angelernte Arbeiterin, angeleitete Aushilfskraft (z.B. Raumpflegerin) 5 = Facharbeiter (z.B. Bäckerin), einfache Beamte (z.B. Briefträgerin), ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft), Kleingewerbetreibende (z.B. Kioskpächterin) 6 = mittlere bis leitende Beamte und Angestellte, Selbständige mit mittlerem und größerem Betrieb, freie Berufe (z.B. Rechtsanwältin, Ärztin), Meister 9 = unbekannt
23	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	<input type="text"/> <input type="text"/>	
wenn Feld 23 > 0			
24>	Anzahl Lebendgeburten	<input type="text"/> <input type="text"/>	
25>	Anzahl Totgeburten	<input type="text"/> <input type="text"/>	
26>	Anzahl Aborte	<input type="text"/> <input type="text"/>	
27>	Anzahl Abbrüche	<input type="text"/> <input type="text"/>	
28>	Anzahl EU	<input type="text"/> <input type="text"/>	
29-64	Jetzige Schwangerschaft		
29	Anzahl Zigaretten pro Tag nach bekannt werden der Schwangerschaft	<input type="text"/> <input type="text"/>	
30	Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja
31	SS im Mutterpass bei Erstuntersuchung als Risiko-SS dokumentiert	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass
32	Befunde im Mutterpass vorhanden	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja
wenn Feld 32 = 1			
33>	Befunde im Mutterpass	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> <input type="text"/> ... 56. <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Schlüssel 2	
34	gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der SS ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tage
35	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend	<input type="text"/> <input type="text"/>	SSW
36	Indikation für stat. Aufenthalt	1. <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/>	Schlüssel 2

Datensatz Geburtshilfe

37	SSW der Erst-Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SSW
38	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39	SSW der ersten Ultraschall-Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SSW
40	Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 41 = 1		
42>	Vortest auffällig	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
43	Diagnostest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 43 = 1		
44>	Diagnostest auffällig	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
45	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
46	letztes Gewicht vor Geburt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
47	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
48	pränatale Gendiagnostik	<input type="checkbox"/>
	0 = nicht durchgeführt 1 = invasiv 2 = nicht invasiv 3 = invasiv und nicht-invasiv	
49	Wehen-Belastungstest	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
50	Dopplersonographie durchgeführt	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 50 = 1		
51>	Indikation für Dopplersonographie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen) 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen 9 = Sonstiges	
wenn Feld 50 = 1		
52>	Pathologischer Dopplerbefund	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 52 = 1		
53>>	pathologischer Befund bei Risiko	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schlüssel-3	
54	Zustand nach Konisation	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	

Datensatz Geburtshilfe

55	Zervixverschluss-OP 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
56	Tokolyse i.v. 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 56 = 1		
57>	Dauer der i.v. Tokolyse □□□□ Tage	
58	Tokolyse oral 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
59	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	
wenn Feld 33 EINSIN (38) oder wenn Feld 59 = LEER		
60>>	Tragzeit nach klinischem Befund □□ Wochen	
61	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 61 = 1		
62>	Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung <small>Zur Verschlüsselung der Fehlbildungen ist das Kapitel XVII „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ des ICD-10 heranzuziehen http://www.dimdi.de</small>	
	1. □□□□.□□□□	
	2. □□□□.□□□□	
	3. □□□□.□□□□	

63>	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung, gesichert/Verdacht auf 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 1 = gesichert 2 = Verdacht auf	
64>	SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SSW 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SSW 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SSW	
65-86 Angaben zur Entbindung		
65	Aufnahmeart 1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, <u>die</u> <u>außerklinisch subpartal begonnen</u> <u>wurde ursprünglich nicht als stationäre</u> <u>Entbindung geplant</u> 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	<input type="checkbox"/>
66	Muttermundweite bei Aufnahme □□ cm	
67	Lungenreifebehandlung 0 = nein 1 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte extern	<input type="checkbox"/>
68	Lungenreifebehandlung: zuletzt am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	
69	Aufnahme-CTG 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Datensatz Geburtshilfe

70	Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 70 = 1		
74>	Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung	<input type="checkbox"/>
	1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen) 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen 9 = Sonstiges	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72>	Pathologischer Dopplerbefund	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	
73	Geburtsrisiken	<input type="checkbox"/>
	0 = nein 1 = ja	

wenn Feld 73 = 1	
74>	Geburtsrisiko
	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... 39. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Schlüssel 3
75	Medikamentöse Zervixreifung
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
76	Geburtseinleitung
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 76 = 1	
77>	Indikation zur Geburtseinleitung
	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 3
78>	Geburtseinleitung medikamentös
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
79>	Geburtseinleitung mit Amniotomie
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
80	Wehenmittel s. p.
	0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Geburtshilfe

81	Tokolyse s. p. 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	wenn Feld 88 = 1	89> Zervixriss als Weichteilverletzung 1 = ja	<input type="checkbox"/>
82	Analgetika 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	90> Scheidenriss als Weichteilverletzung 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
83	Akupunktur 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	91> Labien /Klitorisriss als Weichteilverletzung 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
84	alternative Analgesien 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	92> parakolpisches Hämatom als Weichteilverletzung 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
85	Episiotomie 0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige	<input type="checkbox"/>	93 Blutung > 1000 ml 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
86	Plazentalösungsstörung 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	94 revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
87-108	Komplikationen bei der Mutter		95 Hysterektomie/Laparotomie 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
87	Damriss 0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	<input type="checkbox"/>	96 Eklampsie 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	
88	andere Weichteilverletzungen 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	97 Sepsis 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>	

Datensatz Geburtshilfe

98	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg. 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
99	Anämie Hb < 10 g/dl < 6,2 mmol/L 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
100	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 100 = 1		
101>	Pneumonie 1 = ja	<input type="checkbox"/>
102>	kardiovaskuläre Komplikation(en) 1 = ja	<input type="checkbox"/>
103>	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose 1 = ja	<input type="checkbox"/>
104>	Lungenembolie 1 = ja	<input type="checkbox"/>
105>	Harnwegsinfektion 1 = ja	<input type="checkbox"/>
106>	Wundinfektion/Abszessbildung 1 = ja	<input type="checkbox"/>
107>	Wundhämatom/Nachblutung 1 = ja	<input type="checkbox"/>

108>	sonstige Komplikation 1 = ja	<input type="checkbox"/>
109-113	Entlassung / Verlegung	
109	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
110	weitere kombinierte Entlassungs- /Verlegungsdiagnose Mutter <small>http://www.dimdi.de</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
111	Entlassungsgrund Mutter <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Schlüssel 4	
112	Entlassungsdatum Mutter <small>TT.MM.JJJJ</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
113	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Datensatz Geburtshilfe

KIND	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
114-154	Basisdokumentation
114	lfd. Nr. des Mehrlings <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
115	Blasensprung vor Wehenbeginn <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 115 = 1	
116>	Datum des vorzeitigen Blasensprungs TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
117>	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs hh:mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
118>	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt <input type="checkbox"/> 1 = ja
wenn Feld 115 = 1	
119>	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung <input type="checkbox"/> 0 = keine Gabe von Antibiotika 1 = innerhalb von 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung 2 = später als 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung 3 = Zeitspanne von vorzeitigem Blasensprung bis Antibiotika-Gabe nicht bestimmbar
wenn Feld 119 IN (1;2;3)	
120>>	Beginn der Antibiotikagabe <input type="checkbox"/> 1 = Beginn der Antibiotikagabe erfolgte in eigener Klinik 2 = Beginn der Antibiotikagabe erfolgte extern
121	CTG-Kontrolle <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

wenn Feld 121 = 1	
122>	externes CTG <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion
123>	internes CTG <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion
124	Blutgasanalyse Fetalblut <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 124 = 1	
125>	Base Excess der Fetalblutanalyse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> mmol/l
126>	pH-Wert der Fetalblutanalyse <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
127	Lage <input type="checkbox"/> 1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt
128	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt <input type="checkbox"/> 1 = Kreißbett/horizontale Position 2 = Hoeker/vertikale Position 3 = Unterwassergeburt 9 = andere
129	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden
130	aktive Pressperiode <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minuten

Datensatz Geburtshilfe

131	Anästhesien 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 131 = 1		
132>	Allgemeinanästhesie 1 = ja	<input type="checkbox"/>
133>	Pudendusanästhesie 1 = ja	<input type="checkbox"/>
134>	sonstige Anästhesie 1 = ja	<input type="checkbox"/>
135>	Epi-/Periduralanästhesie 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	<input type="checkbox"/>
136>	Spinalanästhesie 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	<input type="checkbox"/>
137	Entbindungsmodus OPS http://www.dimdi.de	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Feld 137 NICHTIN OPS_GebSpontanEntbind		
138>	Indikation zur operativen Entbindung 1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schlüssel 3	

wenn Feld 137 IN OPS_Sectio		
139>	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten	
140>	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter) 0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	<input type="checkbox"/>
141>	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea 0 = keine OP-Pflegekraft 1 = OP-Pflegekraft mit Krankenpflegeexamen 2 = OP-Pflegekraft ohne Krankenpflegeexamen	<input type="checkbox"/>
142>	Notsektio 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 142 = 1		
143>>	Hauptindikation bei Notsektio Schlüssel 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
144>>	E-E-Zeit bei Notsektio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minute	
145	Hebamme 0 = keine Hebamme 1 = Klinikhebamme 2 = externe Hebamme	<input type="checkbox"/>
146	Identifikations-Kodierung der Hebamme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
147	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Datensatz Geburtshilfe

148	Identifikations-Kodierung des Facharztes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	159	Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/>
149	Assistent in Facharzt-Weiterbildung	<input type="checkbox"/>		1 = männlich 2 = weiblich 8 = nicht bestimmbar unbestimmt	
149	0 = nein 1 = ja		160	APGAR nach 1 min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
150	Identifikations-Kodierung des Assistenten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	
151	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	<input type="checkbox"/>	161	APGAR nach 5 min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
151	0 = nein 1 = ja			0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	
152	Identifikations-Kodierung des Pädiaters	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	162	APGAR nach 10 min	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
153	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	<input type="checkbox"/>		0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	
153	0 = nein 1 = ja		163	Gewicht des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g
154	Identifikations-Kodierung des Pädiaters	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	164	Länge des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
155-178	Basisdokumentation - Kind		165	Kopfumfang des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> cm
155	Geburtsdatum des Kindes	TT.MM.JJJJ <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"/>			
156	Uhrzeit der Geburt	hh:mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
157	Geburtsdiagnose Kind	http://www.dimdi.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
158	weitere kombinierte Geburtsdiagnose Kind	http://www.dimdi.de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Datensatz Geburtshilfe

166	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
167	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie □□□□, □ mmol/l	<input type="checkbox"/>
168	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie □, □□	<input type="checkbox"/>
169	Pulseoxymetrie 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
170	Intubation 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
171	Volumensubstitution 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
172	Pufferung 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
173	Maskenbeatmung 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
174	O2-Anreicherung 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
175	U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
176	Fehlbildung vorhanden 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
177	Fehlbildung pränatal diagnostiziert 0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt	<input type="checkbox"/>
178	Diagnose Morbidität des Kindes <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□□.□□ 2. □□□□.□□ 3. □□□□.□□ 4. □□□□.□□	<input type="checkbox"/>
179-181	Bei Totgeburt	
179	Totgeburt 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 179 = 1		
180>	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
181>	Todeszeitpunkt bei Totgeburt 1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	<input type="checkbox"/>
182-185	Entlassung / Verlegung	
182	Kind in Kinderklinik verlegt 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
183	Fachabteilung der Kinderklinik bei Verlegung des Kindes <small>§ 301 Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> □□□□ Schlüssel 1	<input type="checkbox"/>

Datensatz Geburtshilfe

184	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□	193	Todesursache des lebendgeborenen Kindes <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□
185	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind <small>hh:mm</small> □□:□□	194	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
186	Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in 1 = Geburtsklinik 2 = Kinderklinik <input type="checkbox"/>	195	Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind <small>hh:mm</small> □□:□□
187	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□□.□□ 2. □□□□.□□		
188	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgv.de</small> Schlüssel 5 □□		
wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
189>	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus 1 = ja <input type="checkbox"/>		
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
190>>	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses □□□□□□□□□□		
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
191>>	Standort des aufnehmenden Krankenhauses <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> □□		
192	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>		

Datensatz Geburtshilfe

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1090 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1091 = Pädiatrie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1092 = Pädiatrie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1100 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1190 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1191 = Kinderkardiologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1192 = Kinderkardiologie
0190 = Innere Medizin	1200 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1290 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0200 = Geriatrie	1292 = Neonatologie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1300 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1390 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1391 = Kinderchirurgie
0290 = Geriatrie	1392 = Kinderchirurgie
0291 = Geriatrie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0300 = Kardiologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0391 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0392 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0400 = Nephrologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0490 = Nephrologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0491 = Nephrologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0492 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1590 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1690 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1692 = Unfallchirurgie
0690 = Endokrinologie	1700 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1790 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0700 = Gastroenterologie	1792 = Neurochirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1891 = Gefäßchirurgie
0791 = Gastroenterologie	1892 = Gefäßchirurgie
0792 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1990 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	1991 = Plastische Chirurgie
0891 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0892 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0900 = Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0990 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0991 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
1000 = Pädiatrie	2092 = Thoraxchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2100 = Herzchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	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

Datensatz Geburtshilfe

2192 = Herzchirurgie	3200 = Nuklearmedizin
2200 = Urologie	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
2290 = Urologie	3290 = Nuklearmedizin
2291 = Urologie	3291 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2300 = Orthopädie	3300 = Strahlenheilkunde
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2392 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3490 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3491 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3492 = Dermatologie
2425 = Frauenheilkunde	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2500 = Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2590 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2591 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2592 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2700 = Augenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2790 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2791 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2792 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2800 = Neurologie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3690 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3691 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2892 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3751 = Radiologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3752 = Palliativmedizin
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3753 = Schmerztherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3756 = Suchtmedizin
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3757 = Visceralchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3790 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3791 = Sonstige Fachabteilung
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz	3792 = Sonstige Fachabteilung
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	Schlüssel 2
2990 = Allgemeine Psychiatrie	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Mißbildungen <u>Missbildungen</u> , genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
2991 = Allgemeine Psychiatrie	2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3 = Blutungs-/Thrombosenneigung
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	4 = Allergie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	5 = frühere Bluttransfusionen
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	9 = Diabetes mellitus
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	10 = Adipositas
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	11 = Kleinwuchs
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	12 = Skelettanomalien
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)	13 = Schwangere unter 18 Jahre
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	14 = Schwangere über 35 Jahre
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	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

Datensatz Geburtshilfe

- 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
- Schlüssel 3
- 60 = vorzeitiger Blasensprung
 - 61 = Überschreitung des Termins
 - 62 = Fehlbildung
 - 63 = Frühgeburt
 - 64 = Mehrlingsschwangerschaft
 - 65 = Placentainsuffizienz (~~Verdacht auf~~)
 - 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 (~~Verdacht auf~~)
 - 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 = Nabelschnurvorfal
 - 81 = ~~V.a.~~ 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 = ~~drohende/erfolgte~~ Uterusruptur
 - 86 = Querlage/Schräglage
 - 87 = Beckenendlage
 - 88 = hintere Hinterhauptslage
 - 89 = Vorderhauptslage
 - 90 = Gesichtslage/Stirnlage
 - 91 = tiefer Querstand
 - 92 = hoher Geradstand
 - 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen
 - 94 = sonstige
 - 95 = HELLP-Syndrom

- 96 = intrauteriner Fruchttod
- 97 = pathologischer Dopplerbefund
- 98 = Schulterdystokie

Schlüssel 4

- 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)

Schlüssel 5

- 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- und teilstationärer Behandlung

Ausfüllhinweise Geburtshilfe (16/1)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Mutter (M)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen Mutter	-	<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>
2	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer Mutter	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>
4	Fachabteilung Mutter	siehe Schlüssel 1	-
5	Identifikationsnummer des Patienten Mutter	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in

			der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Kliniknummer Mutter	-	Verwenden Sie die Kliniknummer, die Sie von Ihrer Geschäftsstelle erhalten haben.
7	Geburtsnummer	-	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. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass keine Geburtsnummer vergeben wird (z. B. können auch Spätaborte vom QS-Filter ausgelöst werden). In diesen Fällen konnte bisher eine "9999" dokumentiert werden. Für diese Fälle soll jetzt ein Minimaldatensatz dokumentiert werden.
8	Anzahl Mehrlinge	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: ≤ 3	Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein. Folgender Sonderfall ist bekannt: 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. Das bedeutet, dass eine Totgeburt <500g, die laut Personenstandsverordnung als Fehlgeburt definiert ist, wenn sie Teil einer Mehrlingschwangerschaft ist, z. B. bei einer Zwillingschwangerschaft 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 einer "Einlingsschwangerschaft" als Schwangerschaftsbefund "35 = Mehrlingschwangerschaft" dokumentiert wird. <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 >500g gezählt werden.
neu	<u>Versorgungsstufe</u>	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = Geburtsklinik 5 = sonstiges	<u>Hier ist die „Versorgungsstufe der Geburtsklinik gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anzugeben.</u> <u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS- Software vorbelegt werden.</u>
Basisdokumentation - Mutter			
9	Geburtsdatum der Schwangeren	Format: TT.MM.JJJJ	-
10	Aufnahmedatum <u>Krankenhaus</u>	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <u>2016-2017</u> bis zum 10.01. <u>2016-2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <u>2016-2017</u> bis zum 20.01. <u>2016-2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des

			zusammengeführten Falles ist der 05.01.20162017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20162017.
11	Aufnahmeuhrzeit	Format: hh:mm	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.
12	Mutter wurde zuverlegt	-	Bitte geben Sie hier das Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses an, wenn die Mutter zuverlegt wurde. Dieses ist auch anzugeben, wenn die Mutter von einem Geburtshaus o.ä. zuverlegt wurde. <u>Wenn die Mutter aus dem Ausland zuverlegt wurde, ist ein Institutionskennzeichen anzugeben, das mit dem Wert 2600 beginnt (z.B. 260000000).</u>
13	Aufnahmediagnose Mutter	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
14	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	-	-
15	vorstationäre Behandlung	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 3 Tage	Im Fall von vorstationärer Behandlung kann hier die Anzahl der Behandlungstage angegeben werden.
16	nachstationäre Behandlung	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 7 Tage	Im Fall von nachstationärer Behandlung kann hier die Anzahl der Behandlungstage angegeben werden.
17	5-stellige PLZ des Wohnortes	-	-
18	Herkunftsland: Deutschland	0 – nein 1 – ja	Die Angabe bezieht sich auf das Geburtsland und nicht auf das Land der Staatsangehörigkeit.
19	Anderes Land	1 – Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika: A, CH, F, B, NL, L, GB, DK, S, N, FIN, USA 2 – Mittelmeerländer: ehemal. – U, GR, I, E, P, Israel, Malta, Zypern 3 – Osteuropa: ehemal. SU, PL, Tschechien, Slowakei, RO, BG, H 4 – Mittlerer Osten (inkl. TR, Afghanistan und Pakistan) und Nordafrika (arab. Länder) 5 – Asien (exkl. 4) 9 – sonstige Staaten	Die Angabe bezieht sich auf das Geburtsland und nicht auf das Land der Staatsangehörigkeit.
20	Mutter alleinstehend ohne festen Partner	0 – nein 1 – ja	-
21	Berufstätigkeit während der jetzigen Schwangerschaft	0 – nein 1 – ja	-
22	Tätigkeit der Mutter	1 – Hausfrau 2 – in Ausbildung, Studium 4 – un-/angelernte Arbeiterin, angelernte Aushilfskraft (z.B. Raumpflegerin) 5 – Facharbeiter (z.B. Bäckerin), einfache Beamte (z.B. Briefträgerin), ausführende Angestellte (z.B. Schreibkraft), Kleingewerbetreibende (z.B. Kioskpächterin) 6 – mittlere bis leitende Beamte und Angestellte, Selbständige mit mittlerem und größerem Betrieb, freie Berufe (z.B. Rechtsanwältin, -rztin), Meister 9 – unbekannt	Berufstätig: Schlüsselwert 4, 5, 6, oder 9 Nicht berufstätig: Schlüsselwert 1 oder 2
23	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: ≤ 9	-
wenn Feld 23 > 0			
24	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.
25	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.
26	Anzahl Aborte	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.
27	Anzahl Abbrüche	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.
28	Anzahl EU	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.
Jetzige Schwangerschaft			
29	Anzahl Zigaretten pro Tag nach bekannt werden der Schwangerschaft	Gültige Angabe: ≥ 0	Hat die Patientin während der Schwangerschaft nicht geraucht, so tragen Sie bitte "0" ein. Bei einer Anzahl von mehr als 15 Zigaretten täglich, kann als Schwangerschaftsbefund "29 – Abusus", dokumentiert werden.
30	Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt	0 = nein 1 = ja	Diese Frage ist auch dann mit "ja" zu beantworten, wenn die Patientin während der Schwangerschaft von dem entbindenden Arzt in dessen Praxis betreut wurde bzw. sich in der Geburtsklinik vorgestellt hatte oder dort betreut wurde.
31	SS im Mutterpass bei Erstuntersuchung als Risiko-SS dokumentiert	0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass	Hier darf nur eine der drei Antworten angegeben werden. Schwangerschaft im Mutterpass als Risiko-Schwangerschaft dokumentiert: "ja" ist nur dann anzugeben, wenn im Mutterpass in den roten Balken unter Katalog A bzw. im Gravidogramm diese Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft markiert worden ist. Schwangere erscheint ohne Mutterpass: Der Mutterpass gilt auch dann als vorgelegt, wenn er bei der Klinikeinlieferung nur vergessen wurde und später dem entsprechenden Arzt vorgelegt wird.
32	Befunde im Mutterpass vorhanden	0 = nein 1 = ja	Wurden keine Befunde im Mutterpass angegeben, tragen Sie "nein" ein, andernfalls dokumentieren Sie mit "ja".
wenn Feld 32 = 1			
33	Befunde im Mutterpass	siehe Schlüssel 2	In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen. 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. Zur Berechnung des Risikos "Vielgebärender" ist folgendermaßen vorzugehen: <ul style="list-style-type: none"> • Mehrlingsschwangerschaften werden als eine Geburt gezählt • Aborte werden nicht gezählt • die aktuelle Schwangerschaft wird nicht mitgezählt Beachten Sie auch, dass bei manchen Schwangerschaftsbefunden gegebenenfalls eine Übertragung als Geburtsrisiko erforderlich wird, z. B.: Schwangerschaftsbefund "09": Geburtsrisiko "68" Schwangerschaftsbefund "23" und "24": Geburtsrisiko "69" Schwangerschaftsbefund "35": Geburtsrisiko "64" Schwangerschaftsbefund "50": Geburtsrisiko "68".
34	gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der SS ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage	Hier wird nach der Gesamtdauer des präpartalen Klinikaufenthaltes gefragt. Geben Sie die Gesamtdauer in Tagen an, ohne den zur Geburt führenden Klinikaufenthalt mitzuzählen.
35	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend	Angabe in: SSW Gültige Angabe: ≥ 0 SSW Angabe ohne Warnung: ≤ 45 SSW	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend. Geben Sie bitte das Schwangerschaftsalter

			in vollendeten Schwangerschaftswochen post menstruationem an.
36	Indikation für stat. Aufenthalt	siehe Schlüssel 2	-
37	SSW der Erst-Untersuchung	Angabe in: SSW Gültige Angabe: 3 - 41 SSW Angabe ohne Warnung: ≤ 29 SSW	Erst-Untersuchung (SSW). Hier ist die erste im Mutterpass eingetragene Untersuchung gemeint, unabhängig von der Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft. Zulässig sind: Schwangerschaftsalter von 3 bis 41 vollendeten Schwangerschaftswochen post menstruationem.
38	Gesamtzahl Vorsorge-Untersuchung	Gültige Angabe: ≥ 0 Angabe ohne Warnung: ≥ 3	Hier ist die Anzahl der im Mutterpass eingetragenen Vorsorgeuntersuchungen vor Geburtsbeginn gefragt (also nicht die Aufnahmeuntersuchung bei Aufnahme in die Klinik).
39	SSW der ersten Ultraschall-Untersuchung	Angabe in: SSW Gültige Angabe: 3 - 41 SSW Angabe ohne Warnung: ≤ 29 SSW	Hier ist die erste im Mutterpass eingetragene Ultraschall-Untersuchung gemeint, unabhängig von der Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft. Zulässig sind: Schwangerschaftsalter von 3 bis 41 vollendeten Schwangerschaftswochen post menstruationem.
40	Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen	Gültige Angabe: ≥ 0 Angabe ohne Warnung: 3 - 10	Hier ist die Anzahl der im Mutterpass eingetragenen Ultraschall-Untersuchungen vor Geburtsbeginn gefragt (also nicht die Aufnahmeuntersuchung bei Aufnahme in die Klinik).
41	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	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.
wenn Feld 41 = 1			
42	Vortest auffällig	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.
43	Diagnosetest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	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.
wenn Feld 43 = 1			
44	Diagnosetest auffällig	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.
45	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	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.

46	letztes Gewicht vor Geburt	Angabe in: kg Gültige Angabe: 10 - 350 kg Angabe ohne Warnung: 35 - 200 kg	-
47	Körpergröße	Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 100 - 210 cm	-
48	pränatale Gendiagnostik	0 = nicht durchgeführt 1 = invasiv 2 = nicht invasiv 3 = invasiv und nicht invasiv	-
49	Wehen-Belastungstest	0 = nein 1 = ja	Zum Beispiel Oxytocin-Belastungstest
50	Dopplersonographie durchgeführt	0 = nein 1 = ja	Hier ist der ambulant während der Schwangerschaft durchgeführte und dokumentierte Doppler gemeint.
wenn Feld 50 = 1			
51	Indikation für Dopplersonographie	1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen) 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen 9 = Sonstiges	Wird Doppler (amb.) bejaht, so geben Sie bitte laut Schlüssel die Indikation an.
wenn Feld 50 = 1			
52	Pathologischer Dopplerbefund	0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob die ambulant durchgeführte Doppleruntersuchung einen pathologischen Befund ergeben hat.
wenn Feld 52 = 1			
53	pathologischer Befund bei Risiko	siehe Schlüssel 3	Zeigt sich ein pathologischer Befund, so geben Sie die entsprechenden Risiken laut Schlüssel an, die zu dem Befund geführt haben. Die Terminüberschreitung (Nr. 155,156) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen p.c. zu dokumentieren.
54	Zustand nach Konisation	0 = nein 1 = ja	-
55	Zervixverschluss-OP	0 = nein 1 = ja	-
56	Tokolyse i.v.	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 56 = 1			
57	Dauer der i.v. Tokolyse	Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 120 Tage	-
58	Tokolyse oral	0 = nein 1 = ja	-
59	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	Format: TT.MM.JJJJ	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).
wenn Feld 33 EINSIN (38) oder wenn Feld 59 = LEER			
60	Tragzeit nach klinischem Befund	Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 0 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	Tragzeit nach klinischem Befund. Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonographischer Befund vorliegt, kann hier die klinisch geschätzte Tragzeit angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann die Tragzeit 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.
61	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 61 = 1			
62	Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung	-	-
63	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung, gesichert/Verdacht auf	1 = gesichert 2 = Verdacht auf	<u>Bei mehreren angegebenen Fehlbildungen ist entsprechend der Reihenfolge im Datenfeld „Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung -zu dokumentieren, ob die Fehlbildung pränatal gesichert wurde oder lediglich der Verdacht darauf besteht.</u>
64	SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung	Angabe in: SSW Gültige Angabe: 0 - 49 SSW Angabe ohne Warnung: 8 - 45 SSW	Geben Sie das Schwangerschaftsalter in vollendeten Schwangerschaftswochen post menstruationem an: a) in dem die Fehlbildung gesichert wurde, b) in dem der Verdacht auf eine Fehlbildung gestellt wurde. <u>Bei mehreren angegebenen Fehlbildungen ist entsprechend der Reihenfolge im Datenfeld „Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung zu dokumentieren, in welcher Schwangerschaftswoche die Fehlbildung pränatal gesichert oder vermutet wurde.</u>
Angaben zur Entbindung			
65	Aufnahmeort	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, <u>die außerklinisch subpartal begonnen wurde ursprünglich nicht als stationäre Entbindung geplant</u> 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	"3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme": 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. Hausgeburten und Geburten in Geburtshäusern und Geburten während des Transportes zum Krankenhaus sind außerklinische Geburten. Die Dokumentation der außerklinischen Geburten wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. durchgeführt Internet: http://www.quag.de
66	Muttermundsweite bei Aufnahme	Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 15 cm Angabe ohne Warnung: ≤ 10 cm	Hier geben Sie die Muttermundsweite in Zentimeter bei der Aufnahmeuntersuchung im Kreißaal an. Nur auszufüllen, wenn die Geburt nach der Aufnahme war.
67	Lungenreifebehandlung	0 = nein 1 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der	Bitte geben Sie an, ob eine Lungenreifebehandlung durchgeführt wurde.

		Lungenreifebehandlung erfolgte extern	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. Wurde die Lungenreifebehandlung bereits ambulant oder in einer anderen Klinik begonnen, ist dies über die "2 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte extern" zu kodieren. Mit Lungenreifebehandlung ist die antenatale Kortikosteroidtherapie gemeint. Sie 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.
68	Lungenreifebehandlung: zuletzt am	Format: TT.MM.JJJJ	Wurde eine Lungenreifebehandlung durchgeführt, geben Sie bitte Tag, Monat und Jahr der letzten durchgeführten Lungenreifebehandlung an. (Beachten Sie bitte die Eintragung eines Schwangerschaftsbefunds.)
69	Aufnahme-CTG	0 = nein 1 = ja	-
70	Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung durchgeführt	0 = nein 1 = ja	Hier ist der stationäre Doppler bei Aufnahme zur Geburt in der geburtshilflichen Abteilung gemeint.
wenn Feld 70 = 1			
71	Indikation für Dopplersonographie in geburtshilflicher Abteilung	1 = V. a. intrauterine Wachstumsretardierung 2 = Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen) 3 = Z. n. Mangelgeburt/intrauteriner Fruchttod 4 = Z. n. Präeklampsie/Eklampsie 5 = Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung 6 = begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung 7 = Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum 8 = Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen 9 = Sonstiges	-
72	Pathologischer Dopplerbefund	0 = nein 1 = ja	-
73	Geburtsrisiken	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 73 = 1			
74	Geburtsrisiko	siehe Schlüssel 3	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen laut Schlüssel 3 (Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken) ein. Beachten Sie, dass sich gegebenenfalls aus den Schwangerschaftsbefunden weitere Geburtsrisiken ergeben können. Die Terminüberschreitung (Nr. 155,156) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen p.c. zu dokumentieren.
75	Medikamentöse Zervixreifung	0 = nein 1 = ja	Haben Sie z.B. mit lokaler Prostaglandin-Applikation eine Zervixreifung durchgeführt, so kreuzen Sie "ja" an. Diese Prostaglandin-Zervixreifung ist nicht notwendigerweise eine Geburtseinleitung. Sie braucht also im Datenfeld "Indikation zur Geburtseinleitung" nicht erneut angegeben zu werden. Vor der Durchführung einer medikamentösen

			Zervixreifung wird ein entsprechendes Geburtsrisiko erwartet.
76	Geburtseinleitung	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 76 = 1			
77	Indikation zur Geburtseinleitung	siehe Schlüssel 3	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen für die Indikationen zur Geburtseinleitung laut Schlüssel ein. Dabei können die Kennzahlen "69", "82", und "83" nicht verwendet werden. Die Terminüberschreitung (Nr. 155,156) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen p.c. zu dokumentieren.
78	Geburtseinleitung medikamentös	0 = nein 1 = ja	-
79	Geburtseinleitung mit Amniotomie	0 = nein 1 = ja	Geburtseinleitung mit Blasensprengung.
80	Wehenmittel s. p.	0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zu Steigerung der Wehen (Wehenmittel) verabreicht
81	Tokolyse s. p.	0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zur Hemmung der Wehen (Tokolyse) verabreicht
82	Analgetika	0 = nein 1 = ja	Wurden während der Geburt keine Analgetika laut Roter Liste verabreicht, so kreuzen Sie "nein" an. Gemeint ist die Analgesie bis zur Kindsgeburt (nicht Nachgeburt).
83	Akupunktur	0 = nein 1 = ja	-
84	alternative Analgesien	0 = nein 1 = ja	Diese beziehen sich auf Analgesieverfahren und sonstige Gaben von Medikamenten zur Schmerzlinderung die unter den vorangegangenen Datenfeldern nicht erfasst sind.
85	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige	-
86	Plazentalösungsstörung	0 = nein 1 = ja	Es sind alle revisionsbedürftigen Plazentalösungsstörungen gemeint.
Komplikationen bei der Mutter			
87	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	Geben Sie bitte an, ob ein Dammriss vorliegt. Wenn ein Dammriss vorliegt, dann geben Sie den Grad nach der vierstufigen Einteilung nach Williams an. Dammriss Schweregrad-Einteilung nach Williams Grad I Zerrei ß ssung der hinteren Vaginalhaut. Einrisse an der Damnhaut Grad II Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Grad III Alle Sphincterverletzungen ohne Beteiligung der Rectumschleimhaut Grad IV Verletzung von Sphincter und Rectumschleimhaut Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Schwarzenberg/Fischer 1998/2003.
88	andere Weichteilverletzungen	0 = nein 1 = ja	Es ist „ja“ anzugeben, wenn die entsprechenden Weichteilverletzungen einer operativen Revision bedürfen (bei Rissen: Versorgung durch Naht).
wenn Feld 88 = 1			
89	Zervixriss als Weichteilverletzung	1 = ja	Es ist „ja“ anzugeben, wenn Versorgung durch Naht erforderlich ist.
90	Scheidenriss als Weichteilverletzung	1 = ja	Es ist „ja“ anzugeben, wenn Versorgung durch Naht erforderlich ist.
91	Labien-/Klitorisriss als Weichteilverletzung	1 = ja	Es ist „ja“ anzugeben, wenn Versorgung durch Naht erforderlich ist.
92	parakolpisches Hämatom als Weichteilverletzung	1 = ja	Es ist „ja“ anzugeben, wenn eine operativen Revision erforderlich ist.
93	Blutung > 1000 ml	0 = nein 1 = ja	-

94	revisionsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht	0 = nein 1 = ja	Bei jeder Form der Sekundärheilung, auch wenn es sich um kleine Eingriffe handelt.
95	Hysterektomie/Laparotomie	0 = nein 1 = ja	-
96	Eklampsie	0 = nein 1 = ja	-
97	Sepsis	0 = nein 1 = ja	<p>CDC-Definitionen nosokomialer Infektionen (zum Teil ergänzt).</p> <ul style="list-style-type: none"> Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de CDC = Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., Institution im Aufgabenbereich des nationalen Gesundheitsministeriums der Vereinigten Staaten von Amerika, Internet: http://www.cdc.gov <p>Sepsis B 1 Durch Labor bestätigte primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen: 1. Pathogener Erreger aus Blutkultur isoliert, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle verwandt ist. Stimmt der aus der Blutkultur isolierte Mikroorganismus mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein, wird die Sepsis als sekundäre Sepsis klassifiziert. Eine Ausnahme besteht bei der katheterassoziierten Sepsis, die als primäre klassifiziert wird, auch dann, wenn lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle ersichtlich sind. 2. Eines der folgenden: Fieber (> 38 °C), Schüttelfrost oder Hypotonie (systolischer Druck <= 90 mmHg) und eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gewöhnlicher Hautkeim, welcher nicht mit einer Infektion an anderer Stelle verwandt ist [Stimmt der aus der Blutkultur isolierte Mikroorganismus mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein, wird die Sepsis als sekundäre Sepsis klassifiziert. Eine Ausnahme besteht bei der katheterassoziierten Sepsis, die als primäre klassifiziert wird, auch dann, wenn lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle ersichtlich sind.], wurde aus zwei zu verschiedenen Zeiten entnommenen Blutkulturen isoliert Gewöhnlicher Hautkeim wurde in mindestens einer Blutkultur bei einem Patienten mit intravasulärem Fremdkörper isoliert und Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie Positiver Antigen-Bluttest und Krankheitserreger ist mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt. <p>B 2 Klinische primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen: Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache: Fieber (> 38 °C), Hypotonie (systolischer Druck <= 90 mmHg), Oligurie (< 20 ml/h) ohne sonstige erkennbare Ursache und sämtliche der folgenden Anzeichen: 1. Keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen oder Antigene im Blut entdeckt. 2. Keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle. 3. Arzt leitet eine Therapie wegen Sepsis ein. B Sekundäre Sepsis (Ergänzende Falldefinition durch NRZ)</p>

			Ein durch Blutkultur isolierter Keim stimmt mit einer verwandten nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein. Dies ist als sekundäre Sepsis zu klassifizieren. Für Patienten unter 1 Jahr Lebensalter gelten für B 1 und B 2 spezielle Definitionen.
98	Fieber im Wochenbett > 38 °C > 2 Tg.	0 = nein 1 = ja	-
99	Anämie Hb < 10 g/dl	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.
100	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	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.
wenn Feld 100 = 1			
101	Pneumonie	1 = ja	<p>CDC-Definitionen nosokomialer Infektionen (zum Teil ergänzt).</p> <ul style="list-style-type: none"> Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de CDC = Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., Institution im Aufgabenbereich des nationalen Gesundheitsministeriums der Vereinigten Staaten von Amerika, Internet: http://www.cdc.gov <p>Pneumonie C 1 Pneumonie muss einem der folgenden Kriterien entsprechen: 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax UND eines der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderungen der Charakteristika des Sputums Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert Krankheitserreger aus bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich, transtrachealem Aspirat oder Biopsieprobe isoliert. <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderungen der Charakteristika des Sputums Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert Krankheitserreger aus bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich, transtrachealem Aspirat oder Biopsieprobe isoliert. Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegssekreten Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie. <p>Für Patienten unter 1 Jahr Lebensalter gelten für C 1 spezielle Definitionen.</p>

102	kardiovaskuläre Komplikation(en)	1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
103	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
104	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
105	Harnwegsinfektion	1 = ja	Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC) muss eines der folgenden Kriterien erfüllen: 1. Eines der folgenden: Fieber (> 38 C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eine Urinkultur von > 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen. 2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38 C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> • Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv • Pyurie (> 10 Leukozyten/ml oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin) • Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen • zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10 koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin • Urinkultur mit < 105 KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden • Diagnose des Arztes <p>Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.</p>
106	Wundinfektion/Abszessbildung	1 = ja	-
107	Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion).
108	sonstige Komplikation	1 = ja	z. B. AV-Fistel, Aneurysma spurium, Nervenläsion
Entlassung / Verlegung			
109	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	-	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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 <u>2017</u> aufgenommen worden ist.
110	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	-	Bitte hier nur weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose der Mutter angeben. Die auslösende Diagnose bitte in Item "Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter" dokumentieren.
111	Entlassungsgrund Mutter	siehe Schlüssel 4	-
112	Entlassungsdatum Mutter	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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.

			<u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 -2017 bis zum 10.01. 2016 2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 -2017 bis zum 20.01. 2016 -2017 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 2017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 2017
113	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt	0 = nein 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.
Teildatensatz Kind (K)			
Basisdokumentation			
114	Ifd. Nr. des Mehrlings	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: ≤ 3	Der zuerst geborene Mehrling bekommt die Nummer 1, der danach geborene Mehrling bekommt die Nummer 2. Bei Einlingen eine 1 eintragen.
115	Blasensprung vor Wehenbeginn	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist der Blasensprung vor Beginn regelmäßiger zur Geburt führender Wehen, die mindestens alle 10 Minuten auftraten, zervixwirksam und schmerzhaft waren. Haben Sie diese Frage mit "ja" beantwortet, so geben Sie im Datenfeld "Geburtsrisiko" das Geburtsrisiko "60 = vorzeitiger Blasensprung" an.
wenn Feld 115 = 1			
116	Datum des vorzeitigen Blasensprungs	Format: TT.MM.JJJJ	-
117	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs	Format: hh:mm	-
118	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt	1 = ja	-
wenn Feld 115 = 1			
119	Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung	0 = keine Gabe von Antibiotika 1 = innerhalb von 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung 2 = später als 24 Stunden nach vorzeitigem Blasensprung 3 = Zeitspanne von vorzeitigem Blasensprung bis Antibiotika-Gabe nicht bestimmbar	Die Dokumentation zu diesem Datenfeld soll erfolgen, wenn der vorzeitige Blasensprung (VBS) bis zur 37. 0 Schwangerschaftswoche aufgetreten ist. Dokumentiert werden soll die Antibiotika-Gabe in Abhängigkeit vom Zeitraum nach VBS. Bei Antibiotikagabe und unbekanntem Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs ist "3 = Zeitspanne von vorzeitigem Blasensprung bis Antibiotika-Gabe nicht bestimmbar" anzugeben.
wenn Feld 119 IN (1;2;3)			
120	Beginn der Antibiotikagabe	1 = Beginn der Antibiotikagabe erfolgte in eigener Klinik 2 = Beginn der Antibiotikagabe erfolgte extern	Wurde die Antibiotikagabe wegen vorzeitigem Blasensprung bereits ambulant oder in einer anderen Klinik begonnen, ist dies über "2 = "Beginn der Antibiotikagabe erfolgte extern" zu kodieren.
121	CTG-Kontrolle	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.
wenn Feld 121 = 1			
122	externes CTG	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.
123	internes CTG	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.
124	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	Wenn vor der Entbindung des Kindes während der Geburt eine Blutprobe vom Kind entnommen wurde (Fetalblutanalyse, Mikrolutuntersuchung), dann tragen Sie bitte "1 = ja" ein.

wenn Feld 124 = 1			
125	Base Excess der Fetalblutanalyse	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40,0 - 20,0 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20,0 - 0,0 mmol/l	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblutuntersuchung 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.
126	pH-Wert der Fetalblutanalyse	Gültige Angabe: 6,50 - 8,00 Angabe ohne Warnung: 7,00 - 7,40	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblutuntersuchung 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. Der Wert für pH wird mit zwei Nachkommastellen angegeben. Beispiel: "7,25" Beispiel: "7,05".
127	Lage	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 5_ <u>Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken</u> .
128	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt	1 = Kreißbett/horizontale Position 2 = Hocker/vertikale Position 3 = Unterwassergeburt 9 = andere	Entbindungsposition zum Zeitpunkt der Geburt. Kreuzen Sie bitte die in Frage kommende Entbindungsposition (nur eine) bei Geburt des Kindes an. Bei Sektio erfolgt hier kein Eintrag.
129	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen	Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 0 Stunden Angabe ohne Warnung: ≤ 29 Stunden	-
130	aktive Pressperiode	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 0 Minuten Angabe ohne Warnung: ≤ 29 Minuten	<u>„Pressperiode“ bezeichnet das Zeitintervall der Presswehen [bearing-down pain], dieses Zeitintervall beginnt, wenn der Muttermund vollständig eröffnet ist und der Kopf des Kindes den Beckenboden erreicht hat. Presswehen sind Teil der Austreibungsperiode (Geburtsstadium 2), die Austreibungsperiode beginnt mit dem vollständig eröffneten Muttermund und endet mit der Geburt des Kindes. Presswehen sind kräftige und anstrengende, nicht der Willkür unterliegende uterine Kontraktionen, die das Herauspressen des Kopfes um die Symphyse und die Weitung des Weichteilkanals bewirken. Die Pressperiode sollte nicht länger als 30 Minuten dauern, da sonst Gefahren für Kind und Mutter ansteigen. Das Kind ist einer Kopfkompensation und Minderdurchblutung ausgesetzt, es besteht die Gefahr einer kindlichen Hypoxie. Die Mutter ist einer Ermüdung und Überdehnung ausgesetzt, es besteht die Gefahr einer atonischen Nachblutung. Die Bezeichnung "Aktive Pressperiode" weist darauf hin, dass die Pressperiode in bezeichnender Weise durch aktive Teilnahme der Mutter (Atmung, Bauchpresse) begleitet sein kann - jedoch nicht zwangsläufig begleitet sein muss.</u> Die Dauer der aktiven Pressperiode ist in Minuten anzugeben. <u>Informationen zur Definition der Pressperiode stehen im Anhang-</u>
131	Anästhesien	0 = nein 1 = ja	Geben Sie bitte an, ob während der Geburt eine Anästhesie durchgeführt wurde. Bei Bejahung geben Sie anschließend an, um welche Anästhesie es sich handelt. Geben Sie bitte nur im Falle einer Epidural-/Periduralanästhesie oder einer Spinalanästhesie an, ob die Anästhesie vom Geburtshelfer oder Anästhesisten durchgeführt wurde. Eine Anästhesie zur Episiotomie-Naht wird hier nicht berücksichtigt. Eine Sektio erfordert immer eine Anästhesie. Die Geburtsdauer schließt die Geburt der Plazenta und Eihautreste nach allgemeinem Verständnis ein. Daher ist eine zur Entfernung solcher Eihautreste notwendige Narkose als solche im Datensatz zu dokumentieren.

wenn Feld 131 = 1			
132	Allgemeinanästhesie	1 = ja	Die allgemeine Anästhesie entspricht hier einer Intubationsnarkose.
133	Pudendusnästhesie	1 = ja	-
134	sonstige Anästhesie	1 = ja	-
135	Epi-/Periduralanästhesie	1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	-
136	Spinalanästhesie	1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anästhesisten	-
137	Entbindungsmodus	-	siehe Anmerkung 1
wenn Feld 137 NICHTIN OPS_GebSpontanEntbind			
138	Indikation zur operativen Entbindung	siehe Schlüssel 3	In diesem Feld ist die Indikation zur operativen Entbindung nach Schlüssel 3 „ <u>Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken</u> “ zu dokumentieren. Ausnahme bilden hierbei die Entbindungsmodi Schlüssel "8-515", "9-260", "9-261" und "9-268", in diesen Fällen ist keine Indikation einzutragen. Die Terminüberschreitung (Nr. 61) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen p.c. zu dokumentieren.
wenn Feld 137 IN OPS_Sectio			
139	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 10 - 90 Minuten	-
140	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	Bitte geben Sie „ja“ an, wenn eine perioperative Antibiotikaphylaxe unmittelbar vor OP (ab Anästhesie-Einleitung) oder nach Abklemmen der Nabelschnur während der Kaiserschnitt-Entbindung durchgeführt worden ist.
141	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea	0 = keine OP-Pflegekraft 1 = OP-Pflegekraft mit Krankenpflegeexamen 2 = OP-Pflegekraft ohne Krankenpflegeexamen	Wenn es sich um eine Sektio handelt, geben Sie bitte Informationen zur Präsenz der OP-Pflegekraft an.
142	Notsektio	0 = nein 1 = ja	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klinischen Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint.
wenn Feld 142 = 1			
143	Hauptindikation bei Notsektio	siehe Schlüssel 3	Die Terminüberschreitung (Nr. 155,156) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen p.c. zu dokumentieren.
144	E-E-Zeit bei Notsektio	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 599 Minuten Angabe ohne Warnung: 1 - 19 Minuten	-
145	Hebamme	0 = keine Hebamme 1 = Klinikhebamme 2 = externe Hebamme	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)
146	Identifikations-Kodierung der Hebamme	-	Identifikations-Kodierung der Hebamme. Es können Kodierungen für die jeweilig ausführenden Personen vergeben werden, die später die Errechnung von personenbezogenen Statistiken erlauben. Hinweis: Gemeint ist die Anwesenheit im Kreißaal, nicht die Funktion (Beispiel: Operateur, OP-Assistenz)
147	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0 = nein 1 = ja	-
148	Identifikations-Kodierung des Facharztes	-	-
149	Assistent in Facharzt-Weiterbildung	0 = nein 1 = ja	Hinweis: Gemeint ist die Anwesenheit im Kreißaal, nicht die Funktion (Beispiel: Operateur, OP-Assistenz)
150	Identifikations-Kodierung des Assistenten	-	-
151	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	0 = nein 1 = ja	-

152	Identifikations-Kodierung des Padiaters	-	-
153	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	0 = nein 1 = ja	-
154	Identifikations-Kodierung des Padiaters	-	-
Basisdokumentation - Kind			
155	Geburtsdatum des Kindes	Format: TT.MM.JJJJ	-
156	Uhrzeit der Geburt	Format: hh:mm	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes 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.
157	Geburtsdiagnose Kind	-	-
158	weitere kombinierte Geburtsdiagnose Kind	-	-
159	Geschlecht des Kindes	1 = männlich 2 = weiblich 8 = nicht bestimmbar <u>unbestimmt</u>	-
160	APGAR	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 .
161	APGAR	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 .
162	APGAR	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 .
163	Gewicht des Kindes	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: 500 - 4.499 g	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.
164	Länge des Kindes	Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 99 cm Angabe ohne Warnung: 30 - 69 cm	-
165	Kopfumfang des Kindes	Angabe in: cm Gültige Angabe: 0,0 - 99,0 cm Angabe ohne Warnung: 20,0 - 49,0 cm	-
166	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	0 = nein 1 = ja	Diese Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.
167	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40,0 - 20,0 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20,0 - -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.
168	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	Gültige Angabe: 6,50 - 8,00 Angabe ohne Warnung: 7,00 - 7,40	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".
169	Pulsoxymetrie	0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob kurz nach der Entbindung eine Pulsoxymetrie beim Kind durchgeführt wurde.
170	Intubation	0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine endotracheale Intubation beim Kind vorgenommen wurde. Eine Intubation, die nicht bei der Versorgung im Kreissaal, sondern erst im weiteren Verlauf der Behandlung z. B. auf der neonatologischen Intensivstation - erforderlich wird, ist hier nicht zu dokumentieren.
171	Volumensubstitution	0 = nein 1 = ja	-
172	Pufferung	0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine Pufferung des Säuren-Basen-Haushalts beim Kind vorgenommen wurde.
173	Maskenbeatmung	0 = nein 1 = ja	-
174	O2-Anreicherung	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.
175	U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung	0 = nein 1 = ja	Kreuzen Sie bitte nur dann "ja" an, wenn die U2 bereits in der geburtshilflichen Klinik bei der kinderärztlichen Untersuchung durchgeführt wurde. Die außerhalb der geburtshilflichen Klinik durchgeführte U2 ist mit "nein" zu kodieren.
176	Fehlbildung vorhanden	0 = nein 1 = ja	-
177	Fehlbildung pränatal diagnostiziert	0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt	-
178	Diagnose Morbidität des Kindes	-	Hier verschlüsseln Sie bitte gemäß <u>aktueller</u> ICD-10-GM Version 2016 -angeborene sowie während des Aufenthaltes in der Geburtsklinik aufgetretene Krankheiten und Störungen des Kindes. Hinweis: Die Z-Kodes Z37.- oder Z38.- sind nicht geeignet, die Morbidität des Kindes zu kodieren und sollen daher nicht verwendet werden. Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (http://www.liga.nrw.de) erstellt auf Basis dieses Datenfeldes Statistiken über Gruppen von Fehlbildungen für die Gesundheitsberichterstattung. Aus diesem Grund ist die Dokumenta <u>ti</u> on von ICD-Codes für Fehlbildungen von besonderem Interesse.
Bei Totgeburt			
179	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	Eine Totgeburt liegt vor, wenn das Kind nach der Entwicklung keine Lebenszeichen und ein Gewicht von 500g oder darüber hat. Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz. Änderung der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung) PStV § 31: Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt (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. (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.

			<p>(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.</p> <p>(4) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 3 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 Abs. 2 des Gesetzes gilt entsprechend.</p> <p>Fassung vom 22.11.2008. Internet: http://www.bundesrecht.juris.de/pstv/_31.html Die Dokumentation von Kindern, die aufgrund von induzierten Geburten verstorben sind, wird in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. 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>
wenn Feld 179 = 1			
180	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	0 = nein 1 = ja	-
181	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	-
Entlassung / Verlegung			
182	Kind in Kinderklinik verlegt	0 = nein 1 = ja	-
183	Fachabteilung der Kinderklinik bei Verlegung des Kindes	siehe Schlüssel 1	-
184	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	Format: TT.MM.JJJJ	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. 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 5 (Entlassungsgrund) eingetragen ist.
185	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	Format: hh:mm	-
186	Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in	1 = Geburtsklinik 2 = Kinderklinik	-
187	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind	-	-
188	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	siehe Schlüssel 5	-
wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
189	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
190	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 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) beantwortet worden ist.
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
191	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	-	<u>Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.</u>
192	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	0 = nein 1 = ja	Bitte stellen Sie sicher, dass möglichst alle in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen Kinder in der Erhebung enthalten sind. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich. 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.
193	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
194	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	Format: TT.MM.JJJJ	Kalenderdatum, an dem ein lebendgeborenes Kind verstorben ist. Angaben zum Todeszeitpunkt von totgeborenen Kindern können im Datenfeld "Todeszeitpunkt bei Totgeburt" gemacht werden.
195	Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind	Format: hh:mm	Uhrzeit, an dem ein lebendgeborenes Kind verstorben ist. Angaben zum Todeszeitpunkt von totgeborenen Kindern können im Datenfeld "Todeszeitpunkt bei Totgeburt" gemacht werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1 ENTBINDMODUS 16 1

Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren.

Falls kein Code aus der folgenden Liste dokumentiert ist, wählen Sie bitte einen OPS-Kode aus der Liste aus, der dem durchgeführten Entbindungsmodus am ehesten entspricht.

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.
- ~~5-745.0 Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen: Mit Uterusexstirpation~~
- ~~5-745.1 Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen: Mit Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]~~
- ~~5-745.x Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen: Sonstige~~
- ~~5-745.y Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen: 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
- 9-263 Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta
- 9-268 Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2016-2017 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2015-2016 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2015-2016 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
 3753 = Schmerztherapie
 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
 3756 = Suchtmedizin
 3757 = Visceralchirurgie
 3790 = Sonstige Fachabteilung
 3791 = Sonstige Fachabteilung
 3792 = Sonstige Fachabteilung

Schlüssel 2

Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56)
 sowie besondere Befunde im
 Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit
 Mutterpass)

1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, ~~Mißbildungen~~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 anamnestiche 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

Schlüssel 3

Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken

- 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 Hämolyse
- 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
- 60 = vorzeitiger Blasensprung
- 61 = Überschreitung des Termins
- 62 = Fehlbildung
- 63 = Frühgeburt
- 64 = Mehrlingsschwangerschaft
- 65 = Plazentainsuffizienz (~~Verdacht auf~~)
- 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 (~~Verdacht auf~~)
- 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 = ~~V.a.~~ 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 = ~~drohende/erfolgte~~ Uterusruptur
- 86 = Querlage/Schräglage
- 87 = Beckenendlage
- 88 = hintere Hinterhauptslage
- 89 = Vorderhauptslage
- 90 = Gesichtslage/Stirnlage
- 91 = tiefer Querstand
- 92 = hoher Geradstand
- 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen
- 94 = sonstige
- 95 = HELLP-Syndrom
- 96 = intrauteriner Fruchttod
- 97 = pathologischer Dopplerbefund
- 98 = Schulterdystokie

Schlüssel 4

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

Schlüssel 5
Entlassungsgrund

- § 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)
- 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- und teilstationärer Behandlung

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 2017 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018'

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	Andere Mehrlinge, alle lebendgeboren
Z37.6	Andere Mehrlinge, einige lebendgeboren
Z37.7	Andere Mehrlinge, alle totgeboren
Z37.9	Resultat der Entbindung, nicht näher bezeichnet

Prozedur(en) der Tabelle GEB OPS

OPS-Kode	Titel
5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte

OPS-Kode	Titel
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
9-263	<u>Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta</u>
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

Datensatz Mammachirurgie

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-9	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer der Patientin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt <input type="checkbox"/>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Aufnahmediagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

10-12	Präoperative Diagnostik und Therapie
10	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

Datensatz Mammachirurgie

BRUST	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
10-21 Präoperative Informationen	
11	betroffene Brust / Seite 1 = rechts 2 = links
12	Erkrankung an dieser Brust 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
wenn Feld 12 = 1	
13>	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 13 = 1	
14>>	tastbarer Mammabefund 0 = nein 1 = ja
15>>	Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv	
16>>	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie 0 = nein 1 = ja

wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
17>	Histologie 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)
wenn Feld 17 = 5	
18>>	maligne Neoplasie einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3 Schlüssel 2
wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
19>	Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
wenn Feld 13 = 1	
20>>	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 12 = 1	
21>	abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie 0 = nein 1 = ja

Datensatz Mammachirurgie

OPERATION	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
22-28 Eingriff	
22	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
23>	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT
wenn Feld 23 IN (1;2;3)	
24>>	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie
25	OP-Datum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26	Operation OPS http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
27>	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
28	perioperative Antibiotikaprophylaxe <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Mammachirurgie

BRUST	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
28-33 Komplikationen	
29	<p>behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 29 = 1	
30	<p>Wundinfektion</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
31	<p>operative Revision wegen Nachblutung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
32	<p>Serom</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
33	<p>sonstige</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
34-49 Histologie und Staging	
wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
34	<p>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)</p>
wenn Feld 34 = 4	
35	<p>35>> maligne Neoplasie <small>einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 2</p>
wenn Feld 12 IN (1;2;3)	
36	<p>36> primär-operative Therapie abgeschlossen <small>ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

wenn Feld 36 = 0	
37>>	<p>weitere Therapieempfehlung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = Empfehlung zur Nachresektion 2 = Empfehlung zur Mastektomie 3 = Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4 = Empfehlung zur Axilladissektion 6 = Empfehlung zur BET 9 = Kombination aus 1 bis 6</p>
38-39 pTpN-Klassifikation	
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom	
38>>>	<p>pT</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 3</p>
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom	
39>>>	<p>pN</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 4</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS	
40>>>	<p>Grading</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>G1 = G1 G2 = G2 G3 = G3 GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS	
41>>>	<p>Gesamtumorgröße</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>mm</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom	
42>>>	<p>Grading (WHO)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden</p>
43>>>	<p>immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt</p>

Datensatz Mammachirurgie

44>>>	<p>HER2/neu-Status</p> <p>0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 9 = unbekannt</p>	<input type="checkbox"/>
<p><i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom</i></p>		
45>>>	<p>histologisch gesicherte Multizentrität</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<input type="checkbox"/>
46>>>	<p>R0-Resektion</p> <p>0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor 9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie</p>	<input type="checkbox"/>
<p><i>wenn Feld 46 = 1</i></p>		
47>>>>	<p>geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand abschließende Bewertung</p> <p>1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm 8 = es liegen keine Angaben vor</p>	<input type="checkbox"/>
48>>>>	<p>Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen</p> <p>0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = >= 3</p>	<input type="checkbox"/>

<p><i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom oder Sarkom</i></p>		
49>>>	<p>Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde</p> <p>0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt</p>	<input type="checkbox"/>
<p>50-52 Art der erfolgten Therapie</p>		
<p><i>wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></p>		
50>>>	<p>brusterhaltende Therapie (BET)</p> <p>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)</p>	<input type="checkbox"/>
<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></p>		
51>>>	<p>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</p> <p>0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion</p>	<input type="checkbox"/>
52>>>	<p>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<input type="checkbox"/>

Datensatz Mammachirurgie

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
53-55 Weiterer Behandlungsverlauf	
<i>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</i>	
53>>	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz 0 = nein 1 = ja
54>>	postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Feld 54=1</i>	
55>>>	Datum des Gesprächs mit Patientin TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
56-58 Entlassung	
56	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
57	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. □□□□.□□□ 2. □□□□.□□□ 3. □□□□.□□□
58	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 5

Datensatz Mammachirurgie

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1090 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1091 = Pädiatrie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1092 = Pädiatrie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1100 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1190 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1191 = Kinderkardiologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1192 = Kinderkardiologie
0190 = Innere Medizin	1200 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1290 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0200 = Geriatrie	1292 = Neonatologie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1300 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1390 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1391 = Kinderchirurgie
0290 = Geriatrie	1392 = Kinderchirurgie
0291 = Geriatrie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0300 = Kardiologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0391 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0392 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0400 = Nephrologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0490 = Nephrologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0491 = Nephrologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0492 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1590 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1592 = Allgemeine Chirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1690 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1692 = Unfallchirurgie
0690 = Endokrinologie	1700 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1790 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0700 = Gastroenterologie	1792 = Neurochirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1890 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1891 = Gefäßchirurgie
0791 = Gastroenterologie	1892 = Gefäßchirurgie
0792 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1990 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	1991 = Plastische Chirurgie
0891 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0892 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0900 = Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0990 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0991 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
1000 = Pädiatrie	2092 = Thoraxchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2100 = Herzchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	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

Datensatz Mammachirurgie

2192 = Herzchirurgie	3200 = Nuklearmedizin
2200 = Urologie	3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
2290 = Urologie	3290 = Nuklearmedizin
2291 = Urologie	3291 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2300 = Orthopädie	3300 = Strahlenheilkunde
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3391 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2392 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3490 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3491 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3492 = Dermatologie
2425 = Frauenheilkunde	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2500 = Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2590 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2591 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2592 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2700 = Augenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2790 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2791 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2792 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2800 = Neurologie	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3690 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3691 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2892 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3750 = Angiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3751 = Radiologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3752 = Palliativmedizin
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3753 = Schmerztherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3756 = Suchtmedizin
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3757 = Visceralchirurgie
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3791 = Sonstige Fachabteilung
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	Schlüssel 2
2990 = Allgemeine Psychiatrie	8010/3 = Karzinom o.n.A.
2991 = Allgemeine Psychiatrie	8010/6 = Karzinom, Metastase o.n.A.
2992 = Allgemeine Psychiatrie	8013/3 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	8013/6 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	8013/9 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	8022/3 = Pleomorphes Karzinom
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	8022/6 = Pleomorphes Karzinom, Metastase
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	8022/9 = Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	8032/3 = Spindelzellkarzinom o.n.A.
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	8035/3 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	8035/6 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	8035/9 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	8041/3 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	8041/6 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	8041/9 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	8070/3 = Plattenepithelkarzinom o.n.A.
	8070/6 = Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
	8070/9 = Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Datensatz Mammachirurgie

8140/3 = Adenokarzinom o.n.A.	8520/6 = Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8140/6 = Adenokarzinom-Metastase o.n.A.	8520/9 = Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/9 = Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8522/3 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8200/3 = Adenoid-zystisches Karzinom	8522/6 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8200/6 = Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase	8522/9 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/9 = Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8523/3 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8201/3 = Kribriiformes Karzinom o.n.A.	8523/6 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8201/6 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase	8523/9 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/9 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8524/3 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8211/3 = Tubuläres Adenokarzinom	8524/6 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8211/6 = Tubuläres Adenokarzinom, Metastase	8524/9 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/9 = Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8530/3 = Inflammatorisches Karzinom
8246/3 = Neuroendokrines Karzinom o.n.A.	8530/6 = Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8249/3 = Atypischer Karzinoidtumor	8530/9 = Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8249/6 = Atypischer Karzinoidtumor, Metastase	8540/3 = M. Paget der Brust
8249/9 = Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8541/3 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8265/3 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A.	8541/6 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8265/6 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase	8541/9 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8265/9 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8543/3 = M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8290/3 = Onkozytäres Karzinom	8550/3 = Azinuszellkarzinom
8290/6 = Onkozytäres Karzinom, Metastase	8550/6 = Azinuszellkarzinom, Metastase
8290/9 = Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase	8550/9 = Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8314/3 = Lipidreiches Karzinom	8560/3 = Adenosquamöses Karzinom
8314/6 = Lipidreiches Karzinom, Metastase	8560/6 = Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8314/9 = Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8560/9 = Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3 = Glykogenreiches Karzinom	8572/3 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8315/6 = Glykogenreiches Karzinom, Metastase	8572/6 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8315/9 = Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase	8572/9 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8401/3 = Apokrines Adenokarzinom	8574/3 = Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8401/6 = Apokrines Adenokarzinom, Metastase	8575/3 = Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8401/9 = Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8575/6 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8410/3 = Talgdrüsenadenokarzinom	8575/9 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/6 = Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase	8800/3 = Sarkom o.n.A.
8410/9 = Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8800/6 = Sarkom o.n.A., Metastase
8430/3 = Mukoepidermoid-Karzinom	8800/9 = Sarkomatose o.n.A.
8430/6 = Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase	8850/3 = Liposarkom o.n.A.
8430/9 = Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8850/6 = Liposarkom o.n.A., Metastase
8480/3 = Muzinöses Adenokarzinom	8850/9 = Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/6 = Muzinöses Adenokarzinom, Metastase	8890/3 = Leiomyosarkom o.n.A.
8480/9 = Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8890/6 = Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8490/3 = Siegelringzellkarzinom	8890/9 = Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/6 = Metastase eines Siegelringzellkarzinomes	8900/3 = Rhabdomyosarkom o.n.A.
8490/9 = Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8900/6 = Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase
8500/2 = Duktales Carcinoma in situ o.n.A.	8900/9 = Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/3 = Invasives duktales Karzinom o.n.A.	8982/3 = Malignes Myoepitheliom
8500/6 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase	8982/6 = Malignes Myoepitheliom, Metastase
8500/9 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	8982/9 = Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3 = Sekretorisches Mammakarzinom	9020/1 = Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
8502/6 = Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase	9020/3 = Maligner Phylloides-Tumor
8502/9 = Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	9020/6 = Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
8503/2 = Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom	9020/9 = Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/3 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion	9120/3 = Hämangiosarkom
8503/6 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase	9120/6 = Hämangiosarkom, Metastase
8503/9 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase	9120/9 = Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8504/2 = Nichtinvasives intrazystisches Karzinom	9180/3 = Osteosarkom o.n.A.
8507/2 = Intraduktales mikropapilläres Karzinom	9180/6 = Osteosarkom o.n.A., Metastase
8510/3 = Medulläres Karzinom o.n.A.	9180/9 = Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8510/6 = Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase	9590/3 = Malignes Lymphom o.n.A.
8510/9 = Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase	9680/3 = Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
8520/2 = Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.	
8520/3 = Lobuläres Karzinom o.n.A.	

Datensatz Mammachirurgie

9687/3 = Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3 = Follikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3 = Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel 3

pT0 = pT0
pT1a = pT1a
pT1b = pT1b
pT1c = pT1c
pT1mic = pT1mic
pT2 = pT2
pT3 = pT3
pT4a = pT4a
pT4b = pT4b
pT4c = pT4c
pT4d = pT4d
pTis = pTis
pTX = pTX
ypT0 = ypT0
ypT1a = ypT1a
ypT1b = ypT1b
ypT1c = ypT1c
ypT1mic = ypT1mic
ypT2 = ypT2
ypT3 = ypT3
ypT4a = ypT4a
ypT4b = ypT4b
ypT4c = ypT4c
ypT4d = ypT4d
ypTis = ypTis
ypTX = ypTX

Schlüssel 4

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
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

Schlüssel 5

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)

Ausfüllhinweise Mammachirurgie (18/1)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-

8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u> .
9	Aufnahmediagnose(n)	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.

Präoperative Diagnostik und Therapie

10	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 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 Bauchaortenaneurysma) [-] Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zur ersten Operation (Brust oder Axilla) des aktuellen stationären Aufenthaltes zu übernehmen.
----	------------------------------------	---	--

Teildatensatz Brust (BRUST)

Präoperative Informationen

11	betroffene Brust / Seite	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	1 = Primärerkrankung 2 = Lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = Lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie	bei benignen Tumoren oder Tumoren unklarer Dignität: 1 = Primärerkrankung
wenn Feld 12 = 1			
13	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	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.
wenn Feld 13 = 1			
14	tastbarer Mammabefund	0 = nein 1 = ja	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. "abgeschlossene 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.
15	Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei Mammographien bei Patientinnen ohne erkennbare Symptome aber mit familiärem Risiko handelt es sich um eine Früherkennung, die keinem Mammographie-Screening-Programm zuzuordnen ist.
wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv			
16	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	0 = nein 1 = ja	wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv ja: 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.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
17	Histologie	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)
wenn Feld 17 = 5			
18	maligne Neoplasie	siehe Schlüssel 2	Hier können die <u>im ICD-O-3 -Schlüssel unter Schlüssel 2</u> aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
19	Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes	Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn Feld 13 = 1			
20	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 12 = 1			
21	abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie	0 = nein 1 = ja	-
Teildatensatz Operation (0)			
<u>Eingriff</u>			
22	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes	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. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
23	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	präoperative Draht-Markierung auch ja, wenn eine Clip-Markierung erfolgt
wenn Feld 23 IN (1;2;3)			
24	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie	-
25	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	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	Operation	-	<p>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</p> <p>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.</p> <p>Beispiel: Für den OPS-Kode 5-872.0 ((Modifizierte radikale Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-FaszieMastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie: ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie)) als Einschlussprozedur für den Datensatz Mammachirurgie ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-872.0:R, 5-872.0:L oder 5-872.0:B. Die Dokumentation des Kodes 5-872.0 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2017-2018 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016-2017 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2016-2017 aufgenommen worden ist.</p>
wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
27	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	0 = nein 1 = ja	wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert
28	perioperative Antibiotikaphylaxe	0 = nein 1 = ja	-
Teildatensatz Brust (BRUST)			
Komplikationen			
29	behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen	0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftig ist definiert als medikamentös (antibiotisch) oder operativ zu behandeln
wenn Feld 29 = 1			
30	Wundinfektion	1 = ja	<p>ja, wenn Wundinfektion nach Kriterien der CDC vorliegt.</p> <p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. • Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision. • Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision. • Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1</p>

			<p>Jahr, wenn Implantat in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszien- und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. • Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38 °C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision. • Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. • Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A3-Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat. • Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. • Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. • Diagnose des behandelnden Arztes.
31	operative Revision wegen Nachblutung	1 → ja	-
32	Serom	1 → ja	-
33	sonstige	1 → ja	-

Histologie und Staging

wenn Feld 12 IN (1;2;3)

34	<p>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</p>	<p>1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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 benignem Histologie, ist der aktuelle benigne Befund zu dokumentieren. • Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne BET oder Mastektomie) bei geplanter neoadjuvanter Therapie durchgeführt, ist der histologische Befund der der
----	---	---	--

			<p>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorausgehenden Mamma-Biopsie anzugeben.</p> <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>
wenn Feld 34 = 4			
35	maligne Neoplasie	siehe Schlüssel 2	Hier können die im ICD-O-3 -Schlüssel <u>unter Schlüssel 2</u> aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
36	primär-operative Therapie abgeschlossen	0 = nein 1 = ja	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 "Datum des Gespräches mit Patientin") 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.
wenn Feld 36 = 0			
37	weitere Therapieempfehlung	1 = Empfehlung zur Nachresektion 2 = Empfehlung zur Mastektomie 3 = Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4 = Empfehlung zur Axilladisektion 6 = Empfehlung zur BET 9 = Kombination aus 1 bis 6	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.
pTpN-Klassifikation			
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom			
38	pT	siehe Schlüssel 3	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom</i></p> <p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypTNM-Klassifikation angewandt werden</p> <p>pTNM-Klassifikation Die pTNM-Klassifikation erfolgt nach UICC 7. Auflage, 2010 ^(1, 2). Bei der pT-Klassifikation muss die Einteilung in Subkategorien für pT1 und pT4 erfolgen.</p> <p>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).</p> <p>Zur Bestimmung der Tumorgröße 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.</p> <p>⁽¹⁾ UICC (2009) TNM classification of malignant tumours, 7th ed. (Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind Ch, eds.). John Wiley Sons ⁽²⁾ UICC (2010) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Aufl. (Wittekind Ch, Meyer H-J, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim</p>

wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
39	pN	siehe Schlüssel 4	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></p> <p>Bei der pN-Klassifikation müssen die Subkategorien für pN1, pN2, pN3 verschlüsselt werden.</p> <p>pN 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).</p> <p>Im Falle einer <u>vorausgegangenen</u> neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypTTM-Klassifikation angewandt werden.</p> <p><u>Falls die neoadjuvante Therapie nach der Lymphknotenbiopsie erfolgte, wird das Präfix „y“ nicht verwendet, sondern es ist die pN-Klassifikation anzuwenden.</u></p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
40	Grading	G1 = G1 G2 = G2 G3 = G3 G = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	<p><i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</i></p> <p>In der S-3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau"⁽¹⁾ sind für das DCIS zwei alternative Graduierungsschemen angeführt:</p> <p>1. Graduierung (WHO): 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</p> <p>2. Graduierung (Van Nuys): Grad 1 = Non-high-grade ohne Komedonekrosen Grad 2 = Non-high-grade mit Komedonekrosen Grad 3 = High-grade mit / ohne Komedonekrosen</p> <p>Für die externe Qualitätssicherung ist die Angabe Grad 1, 2, oder 3 ohne Angabe des Graduierungsschemas ausreichend.</p> <p>⁽¹⁾AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag 2012. Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
41	Gesamtumorgröße	Angabe in: mm Gültige Angabe: ≥ 0 mm Angabe ohne Warnung: ≤ 100 mm	<p><i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</i></p> <p>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.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom			
42	Grading (WHO)	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	<p><i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</i></p> <p>Auswahl nach Schlüssel: G Beim invasiven Karzinom erfolgt das Grading nach Elston und Ellis⁽¹⁾ (sog. Nottingham histologic grading).</p>

			<p>Eine begleitende in-situ-Komponente wird beim Grading invasiver Karzinome nicht berücksichtigt.</p> <p>(1) 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>(2) AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-0450L. München. Zuckschwerdt Verlag 2012. Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.</p>
43	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus	<p>0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt</p>	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Bei Rezidivkrankungen bezieht sich das Datenfeld auf die Bestimmung des Hormonrezeptorstatus aus dem Gewebe des Rezidivs. Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus</p> <p>positiv/negativ nur dann, falls Hormonrezeptoren mit immunohistochemischen Verfahren bestimmt wurden Angabe auch, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden</p> <p>Die Interpretation der immunohistochemischen Reaktionsergebnisse folgt den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Hammond, ME et al. 2010):</p> <p>ER- bzw. PgR-positiv: mindestens 1 % positive Tumorzellkerne ER- oder PgR-negativ: weniger als 1 % positive Tumorzellkerne.</p> <p>(1)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 immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 2010 28(16):2784-2795.</p>
44	HER2/neu-Status	<p>0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1 ODER ISH negativ) oder (IHC 2 UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3 ODER ISH positiv) oder (IHC 2 UND ISH positiv) 9 = unbekannt</p>	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Angabe auch, wenn der HER2-Status aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurde. Die Bewertung der Ergebnisse orientiert sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff, AC et al. 2013⁽¹⁾) und des National</p>

			<p>Comprehensive Cancer Networks (NCCN), USA (Carlson, RW et al. 2006⁽²⁾).</p> <ul style="list-style-type: none"> • positiver HER2-Status: <ul style="list-style-type: none"> ○ Immunhistochemie: Score 3 ○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2-Gen amplifiziert • negativer HER2-Status: <ul style="list-style-type: none"> ○ Immunhistochemie: Score 0 oder 1 (IHC 0 oder IHC 1) ○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2-Gen nicht amplifiziert (ISH negativ) • positiver HER2-Status: <ul style="list-style-type: none"> ○ Immunhistochemie: Score 3 (IHC 3) ○ oder In-Situ-Hybridisierung (FISH/CISH/SISH): HER2-Gen amplifiziert (ISH positiv) <p>Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms^(2,3) sieht vor, dass bei nicht eindeutigen Ergebnissen zum HER2-Status mit einem Verfahren (z. B. Immunhistochemie: Score 2, d.h. IHC 2) komplementär ein anderes Verfahren (z. B. FISH/CISH) zum Einsatz kommen sollte, um den HER2-Status zu klären. Dies sollte gewährleistet sein. Liegt nur ein grenzwertiger Test (z.B. FISH Borderline oder Immunhistochemie 2) vor und der zweite wurde nicht durchgeführt gemacht, gilt das als nicht durchgeführt (Status unbekannt), bzw. das Ergebnis blieb grenzwertig, gilt das als Status unbekannt.</p> <p>⁽¹⁾ Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN, Hagerty KL, Allred DC, Cote RJ, Dowsett M, Fitzgibbons PL, Hanna WM, Langer A, McShane LM, Paik S, Pegram MD, Perez EA, Press MF, Rhodes A, Sturgeon C, Taube SE, Tubbs R, Vance GH, van de, V, Wheeler TM, Hayes DF: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. J Clin Oncol 25(1):118-145. 2007</p> <p>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</p> <p>⁽²⁾ Carlson RW, Moench SJ, Hammond ME, Perez EA, Burstein HJ, Allred DC, Vogel CL, Goldstein J, Somlo G, Gradishar WJ, Hudis A, Jahanzab M, Stark A, Wolff AC, Press MF, Winer EP, Paik S, Ljung BM: HER2 testing in breast cancer: NCCN Task Force report and recommendations. J Natl Compr Canc Netw 4 Suppl 3:1-2. 2006</p> <p>^(2,3) AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag 2012. Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom			<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom</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⁽¹⁾.</p> <p>⁽¹⁾AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3- Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag 2012.</p>
45	histologisch gesicherte Multizentrität	0 = nein 1 = ja	

			Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
46	R0-Resektion	0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor 9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	Eine R0-Resektion liegt vor bei endgültig tumorfreiem Resektionsrand nach Abschluss der primär-operativen Therapie.
wenn Feld 46 = 1			
47	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm 8 = es liegen keine Angaben vor	<ul style="list-style-type: none"> Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der minimale Sicherheitsabstand der invasiven Komponente und der intraduktalen Komponente anzugeben. Sowohl kontinuierliche Primärtumorausläufer als auch diskontinuierliche Tumorherde (sog. Satelliten bei Multifokalität) werden berücksichtigt. 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 Nachresekte ohne histologisch nachweisbare Tumorreste in die Bestimmung der Sicherheitsabstände (mm) einzubeziehen.
48	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = >= 3	<ul style="list-style-type: none"> <u>Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist als Nachoperation zu werten.</u> Es zählen auch Nachoperationen, die während eines vorhergehenden Aufenthalts oder in einer anderen Einrichtung erfolgt sind. Wenn der R0-Status mit der ersten Operation erreicht wurde, ist hier 0 anzugeben.
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom oder Sarkom			
49	Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde	0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom oder Sarkom Regeln zur klinischen M-Klassifikation: TNM Klassifikation nach UICC, 7. Auflage, 2010</p> <p>Zur Fernmetastasensuche sollen als Standard das Knochenszintigramm, ein Röntgen Thorax und eine Leber-sonographie gefordert werden (entspricht S3 Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms⁽¹⁾).</p> <p>Nur bei Vorliegen dieser Untersuchungen kann eine Fernmetastasierung ausgeschlossen werden und damit M0 dokumentiert werden.</p> <p>Ein zytologisch positiver Knochenmarksbefund allein bedeutet M0. Bei zweifelhaften Befunden im Metastasen-Screening ist M0 anzugeben. M1 ist einer klinisch (oder pathologisch) eindeutigen Metastasierung vorbehalten. (Greene et al. 2005. On the Use and Abuse of — in the TNM Classification. Cancer February 1.2005. Volume 103 (3), p. 647-49)</p> <p>Die Kategorie M wurde in der 7. Auflage des UICC 2010 (p. 10) gestrichen. Begründung: Die Kategorie M wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist (die Verwendung von M kann zum Ausschluss vom Staging führen).</p> <p>Im Falle einer neoadjuvanter Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie") ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanter Therapie anzugeben.</p> <p>⁽¹⁾AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3 Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF Register Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag 2012. Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.</p>

Art der erfolgten Therapie		
wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom		
50	brusterhaltende Therapie (BET)	<p>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)</p> <p>wenn Primärerkrankung oder wenn -Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>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.</p>
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom		
51	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<p>0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion</p> <p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>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.</p> <p>auch "1 = ja, einzelne Lymphknoten", wenn im Rahmen einer SLNB einzelne zusätzliche, nicht markierte Lymphknoten entfernt wurden oder wenn ohne SLNB keine systematische Axilladisektion erfolgte</p> <p>"2 = ja, Axilladisektion", wenn eine systematische Axilladisektion erfolgte</p>
52	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>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.</p>
Teildatensatz Basis (B)		
Weiterer Behandlungsverlauf		
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)		
53	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	<p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</p> <p>"1 = ja", auch wenn die interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist.</p>
54	postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen	<p>0 = nein 1 = ja</p> <p>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</p> <p>"1 = ja", auch wenn das Gespräch mit der Patientin ambulant nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist.</p>
wenn Feld 54 = 1		
55	Datum des Gesprächs mit Patientin	<p>Format: TT.MM.JJJJ</p> <p>-</p>
Entlassung		
56	Entlassungsdatum Krankenhaus	<p>Format: TT.MM.JJJJ</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2016<u>2017</u> bis zum 10.01.2016<u>2017</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2016<u>2017</u> bis zum 20.01.2016<u>2017</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2016<u>2017</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2016<u>2017</u></p>
57	Entlassungsdiagnose(n)	<p>-</p> <p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem</p>

			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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016-2017 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016-2017 aufgenommen worden ist.
58	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 5	-

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
 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 2
 ICD-O-3
 (Mammakarzinom)

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
 8140/3 = Adenokarzinom o.n.A.
 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
 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
 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 = Adenos uamöses Karzinom
 8560/6 = Adenos uamöses Karzinom, Metastase
 8560/9 = Adenos uamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
 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
 8800/9 = Sarkomatose o.n.A.
 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.

Schlüssel 3

Path. T-Stadium
Mamma

pT0 = pT0
 pT1a = pT1a
 pT1b = pT1b
 pT1c = pT1c
 pT1mic = pT1mic
 pT2 = pT2
 pT3 = pT3
 pT4a = pT4a
 pT4b = pT4b
 pT4c = pT4c
 pT4d = pT4d
 pTis = pTis
 pT = pT
 ypT0 = ypT0
 ypT1a = ypT1a
 ypT1b = ypT1b
 ypT1c = ypT1c
 ypT1mic = ypT1mic
 ypT2 = ypT2
 ypT3 = ypT3
 ypT4a = ypT4a
 ypT4b = ypT4b
 ypT4c = ypT4c
 ypT4d = ypT4d

Schlüssel 4Path. N-Stadium
Mamma

ypTis = ypTis
ypT = ypT
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
pN2a(sn) = pN2a(sn)
pN2b = pN2b
pN3a = pN3a
pN3b = pN3b
pN3c = pN3c
pN = pN
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
ypN = ypN

Schlüssel 5

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- und teilstationärer Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

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 201~~7~~6 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~7

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~6' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~6' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~7'

Diagnose(n) der Tabelle MAM_ICD

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntens 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

OPS-Kode	Titel
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
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

OPS-Kode	Titel
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

Datensatz -Dekubitusprophylaxe

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-11	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u> 9 = unbekannt <input type="text"/>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Aufnahmegrund <small>§ 301-Vereinbarung</small> <input type="text"/> <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
10	Entlassungsdatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

11	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2
----	---

Datensatz -Dekubitusprophylaxe

DEKUBITUS	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
12-16	Dekubitus
12	<p>Wievieletter Dekubitus? 1 ... 99</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
13	<p>Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus <small>http://www.dimdi.de</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p>
14	<p>Seitenlokalisierung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>B = beide-Seitenbeidseitig K = keine Seitenlokalisierung angegeben L = linke-Seitelinks R = rechte-Seiterechts</p>
15	<p>War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission") <small>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p>
16	<p>War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge") <small>bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad</small></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></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>

Datensatz -Dekubitusprophylaxe

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
17-22	Risikofaktoren
17	<p>Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2 gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
18	<p>nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus gemäß ICD-10-GM: E13.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
19	<p>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegieeingeschränkte Mobilität gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
neu	<p>Infektion gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-*, J18.-, J69.-, M72.6.-, M86.-, R57.2, R65.-†</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
neu	<p>Demenz und Vigilanzstörung gemäß ICD-10-GM: F00.-*, F01.-, F02.-*, F03.-, G30.- †</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
neu	<p>Inkontinenz gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
neu	<p>Untergewicht oder Mangelernährung gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
neu	<p>Adipositas gemäß ICD-10-GM: E66.X2</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

neu	<p>weitere schwere Erkrankungen 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, U69.00†, Z99.2</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
20	<p>hochaufwendige Pflege von Erwachsenen</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
21	<p>Beatmungsstunden >= 1 Stunde</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
wenn Feld 21 = 1	
22>	<p>Dauer der Beatmung</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Stunden</p>

Datensatz -Dekubitusprophylaxe

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz -Dekubitusprophylaxe

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Dekubitusprophylaxe (DEK)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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.</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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	<p>Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses übernommen werden. Hier wird die aufnehmende Abteilung aus den Routinedaten generiert.</p>
5	Identifikationsnummer des Patienten	-	<p>Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der</p>

			Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	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. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u> .
9	Aufnahmegrund	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	Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
10	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	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. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u> .
11	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Teildatensatz Dekubitus (DEK)			
Dekubitus			
12	Wievielter Dekubitus	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Diese Information soll automatisch eingetragen werden. Hier sind alle Dekubitusulcera für einen Patienten ab einem Grad/Kategorie 2 zu kodieren. Es handelt sich bei dieser Angabe um eine laufende Nummer des 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		<p>Achtung Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>L89.2- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann.</p> <p>L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades. Gemäß dem Votum der Bundesfachgruppe wird ein Dekubitus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet als Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4 interpretiert. Es handelt sich dabei demnach um einen Dekubitus bei dem die Wunde von Belag bedeckt ist. Die tatsächliche Tiefe kann daher nicht festgestellt werden.</p> <p>L89.3- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln).</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	<p>B = beide Seiten <u>beidseitig</u> K = keine Seitenlokalisierung angegeben L = linke Seite <u>links</u> R = rechte Seite <u>rechts</u></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} <u>}_</u></p> <p>B = beide Seiten L = linke Seite R = rechte Seite K = keine Seitenlokalisierung angegeben</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")	0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	<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>Der "POA-Indikator" wird wie folgt kodiert: 0 – Nein: Diagnose war bei Krankenhauseintritt nicht vorhanden. 1 – Ja: Diagnose war bei Krankenhauseintritt vorhanden. 9 – Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation</p> <p>Hinweis: Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei 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> <p>Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016-2017 bis zum 10.1. 2016<u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016<u>2017</u> bis zum 20.1. 2016<u>2017</u> Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01. 2016-2017 vorlag.</p>
16	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden ("Present on Discharge")	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>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>Der "POD-Indikator" wird wie folgt kodiert: 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>Hinweis: Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Entlassung ein Dekubitus auf einer der beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf keiner der Seiten ein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.</p> <p>Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016-2017 bis zum 10.01. 2016<u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016<u>2017</u> bis zum 20.01. 2016<u>2017</u> Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01. 2016-2017 vorlag.</p>

Teildatensatz Basis (B)

Risikofaktoren

17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	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 <u>einer der folgenden Codes nach E10–nach-ICD-10-GM vorliegt:</u></p> <p>E10.-: "Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-1-Diabetes] oder</p> <p>E11.-: "Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus" [Typ-2-Diabetes] vorliegt.</p>
18	nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus	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 <u>folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt: E12–</u></p>

			<p>"Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung" [Malnutrition]_oder</p> <p>E13.- "-Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus" oder E14.- "Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus" oder E16.- " Sonstige Störungen der inneren Sekretion des Pankreas" nach ICD-10-GM vorliegt.</p>
19	<p>Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie <u>eingeschränkte Mobilität</u></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 <u>mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</u></p> <p><u>G20.- „Primäres Parkinson-Syndrom</u></p> <p><u>G81.- „Hemiparese und Hemiplegie</u></p> <p><u>G82.- nach ICD-10-GM: "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie" vorliegt.</u></p> <p><u>G83.- „Sonstige Lähmungssyndrome</u></p> <p><u>M24.5 „Gelenkkontraktur</u></p> <p><u>M62.- „Sonstige Muskelkrankheiten</u></p> <p><u>R26.3 „Immobilität</u></p> <p><u>R40.- „Somnolenz, Sopor und Koma</u></p> <p><u>R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen</u></p> <p><u>S14.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe</u></p> <p><u>S24.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe</u></p> <p><u>Z74.0 „Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität</u></p> <p><u>Z99.3 „Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl</u></p>
neu	<p><u>Infektion</u></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 <u>mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</u></p> <p><u>A40.- „Streptokokkensepsis</u></p> <p><u>A41.- „Sonstige Sepsis</u></p> <p><u>J15.- „Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert</u></p> <p><u>J16.- „Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert</u></p> <p><u>J17.- „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten</u></p> <p><u>J18.- „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet</u></p> <p><u>J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen</u></p> <p><u>M72.6.- „Nekrotisierende Fasziiitis</u></p> <p><u>M86.- „Osteomyelitis</u></p> <p><u>R57.2 „Septischer Schock</u></p>

			R65.- „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]
neu	Demenz und Vigilanzstörung	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>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>
neu	Inkontinenz	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>N39.- „Sonstige Krankheiten des Harnsystems</p> <p>R15.- „Stuhlinkontinenz</p> <p>R32.- „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz</p>
neu	Untergewicht oder Mangelernährung	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>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>
neu	Adipositas	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 Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E66. 2 „Adipositas mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr</p>
neu	weitere schwere Erkrankungen	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>B37.1 „Kandidose der Lunge</p> <p>B37.7 „Candida-Sepsis</p> <p>D50.- „Eisenmangelanämie</p> <p>D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie</p>

			<u>D52.- „Folsäure-Mangelanämie</u> <u>D53.- „Sonstige alimentäre Anämien</u> <u>D61.- „Sonstige aplastische Anämien</u> <u>D62.- „Akute Blutungsanämie</u> <u>D63.- „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten</u> <u>D64.- „Sonstige Anämien</u> <u>D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten</u> <u>G63.2 „Diabetische Polyneuropathie</u> <u>K70.- „Alkoholische Leberkrankheit</u> <u>K72.- „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert</u> <u>K74.- „Fibrose und Zirrhose der Leber</u> <u>N17.- „Akutes Nierenversagen</u> <u>N18.4 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4</u> <u>N18.5 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5</u> <u>N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen</u> <u>R18 „Aszites</u> <u>R34 „Anurie und Oligurie</u> <u>R60.- „ dem, anderenorts nicht klassifiziert</u> <u>R77.0 „Veränderungen der Albumine</u> <u>U69.00 „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter</u> <u>Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz</u>
20	hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	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 OPS Kode 9-200: "Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen" vorliegt.</p>
24	Beatmungsstunden >= 1 Stunde	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 generiert, wenn der Patient mindestens 1 Stunde beatmet wurde.</p>
wenn Feld 21 – 1			
22	Dauer der Beatmung	Angabe in: Stunden Gültige Angabe: ≥ 1-0 Stunden	<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

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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
 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 2 01 = Behandlung regulär beendet
 Entlassungsgrund 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 BPfIV 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 BPfIV 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Dekubitusprophylaxe (DEK)

Textdefinition

Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig 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 2017~~6~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2019~~8~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017~~6~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017~~6~~' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.2018~~7~~')

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

ICD-Kode	Titel
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

Risikostatistik Leistungsbereich: *Pflege: Dekubitusprophylaxe*

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Institutionskennzeichen	
Entlassender Standort	
Dekubitus Grad 2	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2;L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2;L89.3;L89.9)
Dekubitus Grad 3	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3;L89.9) 0 := DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3;L89.9)
Dekubitus Grad 4	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.3)
Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.9) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.9) ODER DIAG EINSIN (L89.3)
Alter <u>33-34</u> – <u>4346</u>	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= <u>33-34</u> UND ALTER <= <u>4346</u> 0 := ALTER < <u>33-34</u> ODER ALTER > <u>4346</u>
Alter <u>44-47</u> – <u>5154</u>	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= <u>44-47</u> UND ALTER <= <u>5154</u> 0 := ALTER < <u>44-47</u> ODER ALTER > <u>5154</u>
Alter <u>52-55</u> – <u>5861</u>	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= <u>52-55</u> UND ALTER <= <u>5861</u> 0 := ALTER < <u>52-55</u> ODER ALTER > <u>5861</u>
Alter <u>59-62</u> – <u>6568</u>	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= <u>59-62</u> UND ALTER <= <u>6568</u> 0 := ALTER < <u>59-62</u> ODER ALTER > <u>6568</u>

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Alter 66-69 – 7072	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 66-69 UND ALTER <= 7072 0 := ALTER < 66-69 ODER ALTER > 7072
Alter 71-73 – 7476	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 71-73 UND ALTER <= 7476 0 := ALTER < 71-73 ODER ALTER > 7476
Alter 75-77 – 7880	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 75-77 UND ALTER <= 7880 0 := ALTER < 75-77 ODER ALTER > 7880
Alter 79-81 – 8485	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 79-81 UND ALTER <= 8485 0 := ALTER < 79-81 ODER ALTER > 8485
Alter ab 8586	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 85 0 := ALTER <= 85
Diabetes mellitus Typ 1 und 2	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E10;E11; E13) 0 := DIAG KEINSIN (E10;E11; E13)
Diabetes mellitus nicht näher bezeichnet	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E12;E13;E14;E16) 0 := DIAG KEINSIN (E12;E13;E14;E16)
Dauer der Beatmung 1 bis 8 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 1 UND DAUBEAT <= 8 0 := DAUBEAT < 1 ODER DAUBEAT > 8
Dauer der Beatmung 9 bis 24 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 9 UND DAUBEAT <= 24 0 := DAUBEAT < 9 ODER DAUBEAT > 24
Dauer der Beatmung 25 bis 72 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 25 UND DAUBEAT <= 72 0 := DAUBEAT < 25 ODER DAUBEAT > 72

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Dauer der Beatmung 73 bis 240 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 73 UND DAUBEAT <= 240 0 := DAUBEAT < 73 ODER DAUBEAT > 240
Dauer der Beatmung über 240 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 241 0 := DAUBEAT < 241
<u>Paraparese</u> <u>Eingeschränkte Mobilität</u>	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (<u>G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3</u>) 0 := DIAG KEINSIN (<u>G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3</u>)
<u>Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen</u>	Berechnetes Feld: 1 := PROZ EINSIN (9-200) 0 := PROZ KEINSIN (9-200)
<u>Geschlecht ist weiblich</u>	Berechnetes Feld: 1 := GESCHLECHT = w 0 := GESCHLECHT <> w
<u>Infektionen</u>	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (<u>A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65</u>) 0 := DIAG KEINSIN (<u>A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65</u>)
<u>Demenz und Vigilanzstörung</u>	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (F00;F01;F02;F03;G30) 0 := DIAG KEINSIN (F00;F01;F02;F03;G30)
<u>Inkontinenz</u>	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (N39;R15;R32) 0 := DIAG KEINSIN (N39;R15;R32)
<u>Untergewicht oder Mangelernährung</u>	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E41;E43;E44;E46;R64) 0 := DIAG KEINSIN (E41;E43;E44;E46;R64)

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
<u>Adipositas</u>	<u>Berechnetes Feld:</u> <u>1 := DIAG EINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92)</u> <u>0 := DIAG KEINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92)</u>
<u>Weitere schwere Erkrankungen</u>	<u>Berechnetes Feld:</u> <u>1 := DIAG EINSIN</u> <u>(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;U69.00;Z99.2)</u> <u>0 := DIAG KEINSIN</u> <u>(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;U69.00;Z99.2)</u>
Anzahl Datensätze	Anzahl der Datensätze, welche die definierten Kriterien in ihrer jeweiligen Konstellation erfüllen

Datensatz Neonatologie

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-7 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses <input type="checkbox"/> 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Kinderklinik 5 = sonstiges
6	Identifikationsnummer des Kindes <input type="text"/>
7	Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>nicht bestimmbar</u> <u>unbestimmt</u>
8-21 Angaben zur Geburt	
8	Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Mehrlingsgeburt	
9>	Anzahl Mehrlinge <input type="text"/>
10>	laufende Nummer des Mehrlings <input type="text"/>

11	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
12	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen) <input type="text"/> Wochen
13	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage) <input type="text"/>
14	Geburtsdatum des Kindes <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
15	Uhrzeit der Geburt <small>hh:mm</small> <input type="text"/>
16	Gewicht des Kindes bei Geburt <input type="text"/> g
17	Wo wurde das Kind geboren? <input type="checkbox"/> 1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport
wenn Geburtsort = Geburtsklinik	
18>	Transport zur Neonatologie <input type="checkbox"/> 0 = kein Transport zur Neonatologie 1 = Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn) 2 = Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)
19>	Level der Geburtsklinik <input type="checkbox"/> 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Geburtsklinik 6 = unbekannt

Datensatz Neonatologie

wenn Kind verstorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen	
20>	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 20 = 1	
21>>	Grund für palliative Versorgung ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. □□□□.□□□□ 2. □□□□.□□□□ 3. □□□□.□□□□
22-36 Aufnahme	
22	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus) TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
23	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus) hh.mm □□:□□
24	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
25	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung) hh.mm □□:□□
26	Aufnahme ins Krankenhaus von wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit 1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = Geburt in eigener Geburtsklinik
wenn Aufnahme aus externer Klinik	
27>	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus 1 = ja

Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1	
28>>	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses □□□□□□□□□□
Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1	
29>>	entlassender Standort des externen Krankenhauses zweistellig, ggf. mit führender Null □□
30>>	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses □□
31>>	Fachabteilung des externen Krankenhauses § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 1 □□□□
32	Gewicht bei Aufnahme □□□□ g
33	Kopfumfang bei Aufnahme □□,□ cm
34	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt 1 = ja
35	Körpertemperatur bei Aufnahme □□,□ °C
36	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt 1 = ja
37-72 Diagnostik/Therapie	
37	Fehlbildungen 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale

Datensatz Neonatologie

wenn Feld 37 IN (1;3;4)	
38>	Art der Fehlbildung ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
wenn Geburtsgewicht < 1500 g und keine letalen Fehlbildungen	
39>	größtes Basendefizit in den ersten 12 Lebensstunden gemessen <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l
40>	Max. FiO2 in den ersten 12 Lebensstunden gemessen <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
41>	Min. FiO2 in den ersten 12 Lebensstunden gemessen <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
42	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden 0 = nein 1 = ja
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	
43>	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie 0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)
wenn Feld 43 IN (1;2;3;4)	
44>>	Status bei Aufnahme 1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	
45>	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) 0 = nein 1 = ja

wenn Feld 45 = 1	
46>>	Status bei Aufnahme 1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor
47	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden 0 = nein 1 = ja
wenn ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden = ja	
48>	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP) 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)
wenn Feld 48 > 0	
49>>	ROP-Status bei Aufnahme 1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor
50	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten) 0 = nein 1 = ja
wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja	
51>	Beginn TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
52>	endgültige Beendigung TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
53	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt 0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung

Datensatz Neonatologie

<i>wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt</i>	
54>	Beginn TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
<i>wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt</i>	
55>	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
<i>wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt</i>	
56>	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
57	Pneumothorax 0 = nein 1 = ja, unter Spontanatmung aufgetreten 2 = ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten 3 = ja, unter intratrachealer Beatmung aufgetreten
<i>wenn Feld 57 IN (1;2;3)</i>	
58>	Status bei Aufnahme 1 = Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor
59	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36 Wochen p. m. 0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie) 0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie
<i>wenn Feld 60 IN (1;2)</i>	
61>	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie) 0 = nein 1 = ja

62	Sepsis/SIRS 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Sepsis/SIRS = ja</i>	
63>	Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt 0 = nein 1 = ja
64>	Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt 0 = nein 1 = ja
<i>wenn Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt = ja</i>	
65>>	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt während stationärem Aufenthalt 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3
<i>neu</i>	<u>Zentralvenöser Katheter (ZVK)</u> 0 = <u>nein</u> 1 = <u>ja</u>
<i>wenn Zentralvenöser Katheter (ZVK) = ja</i>	
<i>neu</i>	<u>ZVK-Liegetage</u> □□□ Liegetage
<i>neu</i>	<u>Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS</u> 0 = <u>0</u> 1 = <u>1</u> 2 = <u>2</u> 3 = <u>3</u> 4 = <u>mehr als 3</u>
66	Pneumonie 0 = nein 1 = ja

Datensatz Neonatologie

wenn Pneumonie = ja	
67>	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt 0 = nein 1 = ja
68>	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt 0 = nein 1 = ja
69	Antibiotikatherapie, systemisch 0 = nein 1 = ja
70	nekrotisierende Enterokolitis (NECNEK) (Stadium II oder III) 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 70 = 1	
71>	Status bei Aufnahme 1 = NECNEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NECNEK lag bereits bei Aufnahme vor
72	Neugeborenen-Hörscreening 0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt
73-76 Operation(en) und Prozeduren	
73	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes 0 = nein 1 = ja

wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja	
74>	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie) 0 = nein 1 = ja, Lasertherapie oder Kryotherapie 2 = ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie 3 = ja, sonstige
75>	OP einer NECNEK (nekrotisierende Enterokolitis) 0 = nein 1 = ja
76>	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en) <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □□□□.□□□ 2. □□□□.□□□ 3. □□□□.□□□ 4. □□□□.□□□ 5. □□□□.□□□
77-89 Entlassung / Verlegung	
77	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> □□.□□.□□□□
78	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt <small>hh:mm</small> □□:□□
79	Körpergewicht bei Entlassung □□□□ g
80	Kopfumfang bei Entlassung □□,□ cm
81	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt 1 = ja
82	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf 0 = nein 1 = ja

Datensatz Neonatologie

83	Entlassungsgrund <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schlüssel 2		
wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus		
84>	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1		
85>>	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	<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"/> <input type="checkbox"/>
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1		
86>>	Standort des aufnehmenden Krankenhauses <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
wenn Entlassungsgrund = Tod		
87>	Obduktion 0 = nein 1 = ja	<input type="checkbox"/>
88>	Todesursache <small>http://www.dimdi.de</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
89	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n) <small>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</small>	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"/> ... 25. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Datensatz Neonatologie

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Neonatologie

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Neonatologie (NEO)

Bei Kindern, die **innerhalb 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 **NECNEK**. Für Kinder mit einem Gestationsalter von <22+0 Wochen, soll ebenfalls ein Minimaldatensatz angelegt werden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-

5	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Kinderklinik 5 = sonstiges	Die Einteilung der Versorgungsstufe erfolgt gemäß der Einstufung aus den Budgetverhandlungen in Anlehnung an die QFR-RL. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS- Software vorbelegt werden.
6	Identifikationsnummer des Kindes	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = nicht bestimmbar <u>unbestimmt</u>	-
Angaben zur Geburt			
8	Mehrlingsgeburt	0 = nein 1 = ja	Intrauterin absorbierte Feten, die nicht geboren wurden, gelten nicht als Mehrlingsgeburt <u>und</u> werden nicht mitgezählt. Bei zweizeitigen Geburten sind die Kinder aller Geburtszeiten zu addieren.
wenn Mehrlingsgeburt			
9	Anzahl Mehrlinge	Gültige Angabe: 2 - 7 Angabe ohne Warnung: ≤ 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der Mehrlingsanzahl <u>in kel</u> . Totgeburt(en).
10	laufende Nummer des Mehrlings	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: ≤ 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der laufenden Nummer des Mehrlings.
11	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	Format: TT.MM.JJJJ	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. In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinien: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Maße 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).
12	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 22 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: ≤ 44 Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen). Für Kinder unter 22 0 SSW ist ein Minimaldatensatz anzulegen.
13	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	Gültige Angabe: 0 - 6	Möglich sind Werte von 0 bis 6 Tage.
14	Geburtsdatum des Kindes	Format: TT.MM.JJJJ	-
15	Uhrzeit der Geburt	Format: hh:mm	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes 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.
16	Gewicht des Kindes bei Geburt	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4.499 g	-
17	Wo wurde das Kind geboren	1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport	-
wenn Geburtsort = Geburtsklinik			
18	Transport zur Neonatologie	0 = kein Transport zur Neonatologie 1 = Transport ohne	Inborn bedeutet, dass für den Transport des Kindes vom Ort seiner Geburt zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen

		Kraftfahrzeug (Inborn) 2 = Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	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.
19	Level der Geburtsklinik	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Geburtsklinik 6 = unbekannt	-
wenn Kind verstorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen			
20	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22-0 Wochen	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist, dass entsprechend der Empfehlung der Fachgesellschaften (DGGG, DGKJ, DGPM, GNPI 2007) "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.
wenn Feld 20 = 1			
21	Grund für palliative Versorgung	-	Bei Vorhandensein von mehr als 3 Gründen für eine palliative Versorgung, sind die drei schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
Aufnahme			
22	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	Format: TT.MM.JJJJ	Bitte geben Sie hier das Aufnahmedatum in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier nicht das Aufnahmedatum in eine bestimmte Abteilung. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist das Aufnahmedatum das Geburtsdatum.
23	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	Format: hh:mm	Bitte geben Sie hier die Aufnahmezeit in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier nicht die Aufnahmezeit in eine bestimmte Abteilung. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist die Aufnahmezeit der Geburtszeitpunkt.
24	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	Format: TT.MM.JJJJ	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.
25	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	Format: hh:mm	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.
26	Aufnahme ins Krankenhaus von	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = Geburt in eigener Geburtsklinik	Dieses Feld muss i.d.R. nur dokumentiert werden, wenn das Kind nicht im aktuellen Krankenhaus geboren wurde (wenn Aufnahmeuhrzeit nicht Geburtszeitpunkt ist). Dieses Feld wird nicht bei einer internen Verlegung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass auch bei einem Inborn eine Neuaufnahme in der pädiatrischen Abteilung der gleichen Klinik vorliegt. Dies kann über "6 = Geburt in eigener Geburtsklinik" kodiert werden. 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. 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.
wenn Aufnahme aus externer Klinik			
27	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	1 = ja	-
Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			
28	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses	-	-
Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			
29	entlassender Standort des externen Krankenhauses	-	<u>Hier ist der Standort des zuverlegenden Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.</u>
30	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses	Gültige Angabe: ≥ 1	Die Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses soll dokumentiert werden, falls diese dem dokumentierenden Krankenhaus bekannt ist.
31	Fachabteilung des externen Krankenhauses	siehe Schlüssel 1	-
32	Gewicht bei Aufnahme	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 5.000 g	-
33	Kopfumfang bei Aufnahme	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10,0 - 70,0 cm Angabe ohne Warnung: 20,0 - 49 50,0 cm	-
34	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-
35	Körpertemperatur bei Aufnahme	Angabe in: C Gültige Angabe: ≥ 0,0 C Angabe ohne Warnung: 32,0 - 41,0 C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
36	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-
Diagnostik/Therapie			
37	Fehlbildungen	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	Fehlbildungsliste: 1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich: - 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

			<ul style="list-style-type: none"> - Mikrozephalie - Mikrognathie - Naevi, erhabene kapilläre - Niere, multizystische - Omphalozele - Osteogenesis imperfecta - Phokomelien - Pierre-Robin-Syndrom - Pulmonalstenose - Pylorusstenose - Skoliose - Thrombozytopathien - Thyreotoxikose - Trisomie 21 - Tumor, abdominal - Turner-Syndrom - VATER-Assoziation - Ventrikelseptumdefekt - Vorhofseptumdefekt - Zwillinge, siamesische <p>3: schwere Fehlbildungen/ andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aortenisthmusstenose - Dünndarmatresie - Fallotsche Tetralogie - Harnstoffzyklus, Defekte im - Hydrops fetalis - Hypoplastisches Linksherz - Kardiomegalie - Listeriose, angeborene - Lungenhypoplasie - Nierendegeneration, polyzystische - Prune-Belly-Syndrom - TGA - Zwerchfellhernie <p>4: Letale Fehlbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anenzephalie - Nierenagenesie, bilateral - Potter-Syndrom - Trisomie 13 (Patau-Syndrom) - Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
wenn Feld 37 IN (1;3;4)			
38	Art der Fehlbildung	-	Bei Vorhandensein von mehr als 3 Fehlbildungen, sind die drei schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
wenn Geburtsgewicht < 1500 g und keine letalen Fehlbildungen			
39	größtes Basendefizit	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: ≥ 0 mmol/l	Bitte tragen Sie hier das größte auf ganze Zahlen auf/abgerundete Basendefizit, in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, ohne Minuszeichen ein. Falls nur Basenüberschüsse gemessen wurden, tragen Sie bitte 98 ein.
40	Max. FiO2	Gültige Angabe: ≤ 1,00	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
41	Min. FiO2	Gültige Angabe: ≤ 1,00	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
42	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	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.
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
43	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	<p>Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Techniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.</p> <p>Bitte dokumentieren Sie die maximale Ausprägung der Hämorrhagie. Einteilung der Blutungen in vier Schweregrade nach Papile (1978) modifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IVH Grad I: subependymale Blutung • IVH Grad II: Ventrikeleinbruchblutung unter 50% des Ventrikelvolumens,

			<ul style="list-style-type: none"> • IVH Grad III Ventrikelblutung ab 50% des Ventrikelvolumens, • Parenchymatöse Hämorrhagie (PVH) <p>Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>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</p>
wenn Feld 43 IN (1;2;3;4)			
44	Status bei Aufnahme	1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
45	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	0 = nein 1 = ja	<p>Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Bildgebungstechniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.</p> <p>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.</p> <p>Seit 2015 ist eine zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p>
wenn Feld 45 = 1			
46	Status bei Aufnahme	1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-
47	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	0 = nein 1 = ja	<p>Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening: Die Untersuchung der Netzhaut ist obligat</p> <ol style="list-style-type: none"> bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter \leq 1500 g Geburtsgewicht) weil bei ihnen ein erhöhtes Risiko für eine ROP besteht. bei Frühgeborenen zwischen 32 und 36 Wochen Gestationsalter, wenn postnatal mehr als 3 Tage Sauerstoff gegeben wurde (Leitlinie 024/010 GNPI 2007).
wenn ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden =ja			
48	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	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)	<p>Diese Diagnose ist immer anzugeben, wenn sie während des aktuellen stationären Aufenthaltes aufgetreten ist (auch wenn die Diagnose bereits bei Aufnahme vorlag).</p> <p>Bitte geben Sie das maximale Stadium während des stationären Aufenthaltes an.</p>
wenn Feld 48 > 0			
49	ROP-Status bei Aufnahme	1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor	-

50	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)	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.
wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja			
51	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ	-
52	endgültige Beendigung	Format: TT.MM.JJJJ	Wenn das Kind mit Sauerstoffbedarf entlassen wird, tragen Sie bitte hier das Entlassungsdatum ein.
53	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	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.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt			
54	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt			
55	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	Format: TT.MM.JJJJ	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.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt			
56	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	Format: TT.MM.JJJJ	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.
57	Pneumothorax	0 = nein 1 = ja, unter Spontanatmung aufgetreten 2 = ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten 3 = ja, unter intratrachealer Beatmung aufgetreten	Wenn während des aktuellen stationären Aufenthaltes mehrere Pneumothoraces aufgetreten sind, soll hier dokumentiert werden, unter welcher (Be-)Atmungssituation der erste Pneumothorax aufgetreten ist. Ein erster Pneumothorax unter nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit "ja, unter nasaler pharyngealer Beatmung aufgetreten" dokumentiert. Seit 2015 ist ein Pneumothorax immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Hinweis: Eine Rest-Luftansammlung nach Thorakotomie soll hier nicht als „Pneumothorax“ dokumentiert werden
wenn Feld 57 IN (1;2;3)			
58	Status bei Aufnahme	1 = Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor	-
59	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	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"> • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren.

			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 haben , um eine SpO ₂ >= 90% aufzuweisen zu halten , die Diagnose BPD angegeben werden soll ("Evidenz"grad V). Die milde Form der BPD (FiO ₂ >= 22% für wenigstens 28 Tage, aber kein Sauerstoffbedarf mit 36 SSW) wird nicht separat erhoben). Zur Diagnostik soll hierbei der Belastungstest ("Raumlufttest") nach Walsh (15) dienen. Gemäß den NIH-Kriterien soll zwischen einer moderaten (FiO ₂ = 22-29%) und einer schweren (FiO ₂ >= 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 >= 32 SSW wird anstelle der Grenze von 36 SSW pm ein postnatales Alter von 8 Wochen verwandt.
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	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 Shakaran S et al. Whole-Body Hypoemia for Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. N Engl J Med 2005 353:1574-84.)
wenn Feld 60 IN (1;2)			
61	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	0 = nein 1 = ja	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"> • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. Eine HIE ist für Kinder reifer als 36 SSW zu erfassen.
62	Sepsis/SIRS	0 = nein 1 = ja	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"> • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. 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 nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)

			<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) 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"> • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • Rekapillarisierungszeit >2s (RKZ) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen 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>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*) Erreger aus Blut oder Urin isoliert, der kein KNS ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein).</p> <p>UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen Koagulase negative Staphylokokken Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger</p>
--	--	--	--

			<p>KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert</p> <p>UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRP >2,0mg/dl oder Interleukin • Thrombozyten < 100/nl • I/T-Ratio >0,2 (unreife Granulozyten / gesamt Granulozyten) • Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • unerklärte metabolische Azidose (BE 10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • Rekapillarisierungszeit >2s • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen 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 2007</p> <p>Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.</p>
wenn Sepsis/SIRS = ja			
63	Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt	0 = nein 1 = ja	-
64	Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	0 = nein 1 = ja	-
wenn Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt = ja			
65	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.
neu	<u>Zentralvenöser Katheter (ZVK)</u>	0 = nein 1 = ja	=
wenn Zentralvenöser Katheter (ZVK) = ja			
neu	<u>ZVK-Liegetage</u>	<u>Angabe in: Liegetage</u>	=
neu	<u>Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS</u>	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	=
66	Pneumonie	0 = nein 1 = ja	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"> • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten im aktuellen Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. <p>Es gilt die Pneumonie-Definition des Surveillance-Protokolls NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance 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"> • Neues oder progressives Infiltrat • Verschattung • Flüssigkeit im Interlobär- oder Pleuraspalt <p>UND Verschlechterung des Gasaustausches, Sättigungsabfall UND VIER der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neu auftretende bzw. vermehrte Bradykardie (< 80/min) oder neu/vermehrte Tachykardie (>200/min) • neu/vermehrte Tachypnoe (>60/min) oder neu/vermehrte Apnoe (> 20 s) • eitriges Trachealsekret • Keim aus Trachealsekret • neu/vermehrte Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügelkn, Stöhnen) • Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie • Vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen) • CRP > 2.0 mg/dl oder Interleukin • I/T-Ratio > 0.2 <p><u>Hinweise für Pneumonie Definition:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung des Gasaustausches <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg FiO₂-Bedarf >10% innerhalb von 24h oder ○ Beginn einer mechanischen Ventilation • Eitriges Trachealsekret <ul style="list-style-type: none"> ○ Sekret aus tiefen Atemwegen mit ≥25 neutrophile Granulozyten und ≤10 Epithelzellen pro Gesichtsfeld (x100) <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 2007</p> <p>Hinweis: Pneumonien sind unabhängig von einer, wie in der Neo-KISS-Erfassung definierten Gewichtsgrenze von 1800g zu dokumentieren.</p>
wenn Pneumonie = ja			
67	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt	0 = nein 1 = ja	-
68	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt	0 = nein 1 = ja	-

69	Antibiotikatherapie, systemisch	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist jede systemisch wirksame Antibiotikatherapie, unabhängig vom Applikationsweg. Lokal wirksame Antibiotika (z.B. antibiotikahaltige Augentropfen) werden hier nicht dokumentiert.								
70	nekrotisierende Enterokolitis (NECNEK) (Stadium II oder III)	0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie "ja", wenn eine NEC-NEK ab einem Stadium II (Klassifikation adaptiert nach Bell et al. (1978), Walsh Kliegman (1986) und Lin Stoll (2006)) vorliegt. Bei Vorliegen einer NECNEK mit einem Stadium von maximal I ist hier "nein" zu dokumentieren. Modifizierte Bell-Klassifikation der NECNEK : <table border="1"> <thead> <tr> <th>NECNEK-Stadium</th> <th>Zeichen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I (Verdacht)</td> <td>Unspezifische Klinik, blutige Stühle</td> </tr> <tr> <td>II (Definitiv)</td> <td>Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie</td> </tr> <tr> <td>III (Fortgeschritten)</td> <td>Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC</td> </tr> </tbody> </table> Seit 2015 ist eine Nekrotisierende Enterokolitis (NECNEK) (Stadium II oder III) immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Literatur: Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, Brotherton T. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. Ann Surg 1978 187 (1): 1-7 Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. Pediatric Clinics of North America 1986 33 (1):179-201 Lin PW, Stoll BJ. Necrotizing enterocolitis. The Lancet 2006 368 (9543): 1271-83	NECNEK -Stadium	Zeichen	I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle	II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie	III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC
NECNEK -Stadium	Zeichen										
I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle										
II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie										
III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC										

wenn Feld 70 = 1

71	Status bei Aufnahme	1 = NECNEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NECNEK lag bereits bei Aufnahme vor	-
72	Neugeborenen-Hörscreening	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“.

Operation(en) und Prozeduren

73	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---

wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja

74	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	0 = nein 1 = ja, Lasertherapie oder Kryotherapie 2 = ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie 3 = ja, sonstige	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine ROP-OP oder Therapie während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
75	OP einer NECNEK (nekrotisierende Enterokolitis)	0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine NECNEK -OP während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
76	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)	-	Pro weiterer Operation während des aktuellen stationären Aufenthaltes bitte eine Haupt-Indikation dokumentieren.

Entlassung / Verlegung

77	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
78	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	Format: hh:mm	-

79	Körpergewicht bei Entlassung	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: ≥ 500 g	-
80	Kopfumfang bei Entlassung	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10,0 - 70,0 cm Angabe ohne Warnung: 20,0 - 50,0 cm ≥ 20,0 cm	-
81	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	1 = ja	-
82	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf	0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob das Kind mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf entlassen oder verlegt wurde.
83	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	<p>Es gelten die Schlüssel gemäß Vereinbarung nach § 301 SGB V:</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 BPFIV 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 BPFIV 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> <p>Hinweis: der Begriff Rückverlegung umfasst</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
84	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
85	Institutionskennzeichen des 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 BPFIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) beantwortet worden ist.
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
86	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	-	<u>Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus, soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.</u>
wenn Entlassungsgrund = Tod			
87	Obduktion	0 = nein 1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
88	Todesursache	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.

89	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	-	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. Es besteht die Möglichkeit bis zu 25 Diagnosen zu übermitteln.
----	-----------------------------------	---	--

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
 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 2

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 BPfIV 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 BPfIV 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)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Neonatologie (NEO)

Textdefinition

Neugeborene, die innerhalb der ersten sieben Lebensstage stationär aufgenommen oder innerhalb der ersten vier Monate zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind

Algorithmus

Algorithmus als Formel

((ALTERINTAGEN <= 7 UND ENTLGRUND = '07') ODER (((ALTERINTAGEN <= 7 UND AbstandInStunden(AUFNDATUM;AUFNZEIT;ENTLDATEM;ENTLZEIT) > 12) ODER (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 mit einem Lebensalter von bis zu 7 Tagen, die länger als 12 Stunden stationär behandelt werden oder im Alter von bis zu 4 Monaten 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)

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 2017⁶ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2018⁸

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017⁶' UND (ENTLDATEM = LEER ODER ENTLDATEM <= '31.12.2018⁷')

Diagnose(n) der Tabelle NEO_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
O03.0	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O03.1	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O03.2	Spontanabort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
O03.3	Spontanabort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation
O03.5	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O03.6	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O03.7	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
O03.8	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O03.9	Spontanabort: 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

Diagnose(n) der Tabelle NEO_ICD

ICD-Kode	Titel
P02.3	Schädigung des Feten 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

ICD-Kode	Titel
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 Feten und Neugeborenen
P52.1	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Feten und Neugeborenen
P52.2	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Feten und Neugeborenen
P52.3	Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen
P52.4	Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen
P52.5	Subarachnoidalblutung (nichttraumatisch) beim Feten und Neugeborenen
P52.6	Kleinhirnblutung (nichttraumatisch) und Blutung in die Fossa cranii posterior beim Feten und Neugeborenen
P52.8	Sonstige intrakranielle (nichttraumatische) Blutungen beim Feten und Neugeborenen
P52.9	Intrakranielle (nichttraumatische) Blutung beim Feten und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P53	Hämorrhagische Krankheit beim Feten und Neugeborenen
P54.4	Nebennierenblutung beim Neugeborenen
P55.8	Sonstige hämolytische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen
P55.9	Hämolytische Krankheit beim Feten 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 Feten und Neugeborenen
P70.3	Iatrogene Hypoglykämie beim Neugeborenen
P75	Mekoniumileus bei zystischer Fibrose

ICD-Kode	Titel
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 Feten 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	Aneenzephalie
Q00.1	Kraniorrhachischisis
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 Aperturales 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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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

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

FAB-Kode	Titel
2591	Geburtshilfe
2592	Geburtshilfe

Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-8 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 1
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u> <input type="checkbox"/>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9-23 Aufnahme	
9	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
10	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

11	chronische Bettlägerigkeit 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
12	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 12 = 0	
13>	Desorientierung bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt <input type="checkbox"/>
wenn Feld 12 = 0	
14>	spontane Atemfrequenz bei Aufnahme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>4Atemzüge/min</small>
15>	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt bei Aufnahme 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 12 = 0	
16>	Blutdruck systolisch Erste Messung bei Aufnahme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
17>	Blutdruck diastolisch Erste Messung bei Aufnahme <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
18	akute Symptomatik <small>(Fieber, Husten, Auswurf, ...)</small> 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
19	frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie

20	<p>Ist eine Immunsuppression bekannt? (HIV, TB, Neutropenie, ...)</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>		27>>	<p>Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
24	<p>Wurde der Patient in den letzten 28 Tagen in einem Krankenhaus stationär behandelt?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>		28	<p>maschinelle Beatmung</p> <p>0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv</p>
22	<p>Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</p> <p>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>		29	<p>Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>
23	<p>initiale antimikrobielle Therapie</p> <p>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>		<p>wenn Feld 29 = 1</p>	
<p>24-30 Verlauf</p>			30>	<p>Datum des Eintrags in der Patientenakte</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p>□□.□□.□□□□</p>
24	<p>Beginn der Mobilisation mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes</p> <p>0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später</p>		<p>31-40 Entlassung</p>	
25	<p>Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120h) des Aufenthalts</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>		31	<p>Entlassungsdatum Krankenhaus</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p>□□.□□.□□□□</p>
<p>wenn Feld 25 = 1</p>			32	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</p> <p>1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□</p>
26>>	<p>Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>		33	<p>Entlassungsgrund</p> <p>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p> <p>Schlüssel 2</p>
<p>wenn Feld 26 = 0</p>				

Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie

34-40	Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung
<i>wenn Feld 33 <> '07'</i>	
34>	Desorientierung <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt
35>	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
36>	spontane Atemfrequenz <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung
37>	Herzfrequenz <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt
38>	Temperatur <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 1 = maximal 37,2°C 2 = über 37,2°C 3 = nicht bestimmt
39>	Sauerstoffsättigung <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt

40>	Blutdruck systolisch <small>mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung; mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung</small> <input type="checkbox"/> 1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt
-----	---

Datensatz Ambulant erworbene Pneumonie

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0491 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0492 = Nephrologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1600 = Unfallchirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1692 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1700 = Neurochirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1790 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1791 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0692 = Endokrinologie	1890 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1891 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1892 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0790 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1992 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0890 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0891 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0892 = Pneumologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2091 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
0992 = Rheumatologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1000 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2190 = Herzchirurgie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2191 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Ausfüllhinweise Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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>
2	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	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.																											
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores zum Zeitpunkt der Aufnahme</p> <p>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"> <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 \geq 30/min</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) \leq 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $<$ 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter \geq 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> <tr> <td>3</td> <td>hoch</td> <td>3-4 und beatmete Patienten</td> </tr> </tbody> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz \geq 30/min	B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) \leq 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $<$ 90 mmHg.	65	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
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																														
Initial	Beschreibung																													
C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																													
R	Atemfrequenz \geq 30/min																													
B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) \leq 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) $<$ 90 mmHg.																													
65	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																												
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u>	-																											
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20176 bis zum 10.01.20176</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20176 bis zum 20.01.20176</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20176, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20176.</p>																											
Aufnahme																														
9	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	0 = nein 1 = ja	<p>Gemeint ist die Aufnahme aus einer Pflegestation.</p> <p>Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.</p> <p>Nicht gemeint ist betreutes Wohnen.</p>																											
10	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung	0 = nein 1 = ja	Der Patient ist aus einem anderen Krankenhaus verlegt worden und nicht aus einer Abteilung des eigenen Krankenhauses.																											

11	chronische Bettlägerigkeit	0 = nein 1 = ja	"Chronische Bettlägerigkeit" bedeutet, dass die Patienten unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr (auch nicht mit Hilfe) aus dem Bett aufstehen konnten auch nicht zur Essenaufnahme, zur Körperpflege oder zum Ausscheiden (entspricht der „Schweren Form der Bettlägerigkeit“ nach Zegelin- vgl. Zegelin, Angelika (2005): Festgenagelt sein Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Verlag Hans Huber).																											
12	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung	0 = nein 1 = ja	Invasive maschinelle Beatmung bedeutet eine Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle. Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint. Wird die Frage mit Ja beantwortet, dann dürfen die Felder "Desorientierung" bis "Blutdruck diastolisch" nicht ausgefüllt werden, da eine Abfrage zur Risikoabschätzung in den Datenfeldern "Desorientierung" bis "Blutdruck diastolisch" nicht erforderlich ist.																											
wenn Feld 12 = 0																														
13	Desorientierung	0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt	<p>Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseintrübung (z. B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person Es wird eine qualitative Beurteilung erwartet, die bei der Aufnahme vorgenommen wird. Die Anwendung eines standardisierten Tests ist nicht erforderlich. Wird dieses Datenfeld mit „ja“ kodiert, so ist durch den aufnehmenden Arzt eine qualitative Bewertung vorzunehmen, ob dieser Zustand pneumoniebedingt ist oder andere Erkrankungen zugrunde liegen, ggf. sind Begleitpersonen zu befragen. Wenn die Einschränkung des Bewusstseinszustandes als pneumoniebedingt angenommen werden kann, ist „1 = Ja, pneumoniebedingt“ anzugeben. Wenn eine akute oder chronische Bewusstseinsstörung besteht, für die andere Ursachen als die Pneumonie angenommen werden können, ist „2 = Ja, nicht pneumoniebedingt“ anzugeben.</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>Übersetzung der Kriterien</p> <table border="1" data-bbox="842 1473 1471 1720"> <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 $\geq 30/\text{min}$</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60 \text{ mm}_\text{Hg}$ oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90 \text{ mm}_\text{Hg}$.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter ≥ 65 Jahre</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="842 1742 1471 1957"> <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>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60 \text{ mm}_\text{Hg}$ oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90 \text{ mm}_\text{Hg}$.	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
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																														
Initial	Beschreibung																													
C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																													
R	Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$																													
B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) $\leq 60 \text{ mm}_\text{Hg}$ oder systolischer Blutdruck (SBP) $< 90 \text{ mm}_\text{Hg}$.																													
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																												
wenn Feld 12 = 0																														
14	spontane Atemfrequenz	Angabe in: <u>4Atemzüge</u> /min	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute bei der Aufnahme.																											

		<p>Gültige Angabe: 1 - 60 Atemzüge/min</p>	<p>Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt folgendes, standardmäßiges Vorgehen zur Bestimmung der Atemfrequenz (SOP): 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" data-bbox="842 748 1474 994"> <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 ≥ 30/min</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter ≥ 65 Jahre</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="842 1016 1474 1240"> <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>	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 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.	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
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 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.																													
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																												
15	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt	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.																											
wenn Feld 12 = 0																														
16	Blutdruck systolisch	<p>Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 349 mmHg Angabe ohne Warnung: 61 - 249 mmHg</p>	<p>Ergebnis der ersten Messung des systolischen Blutdrucks bei der Aufnahme.</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>Übersetzung der Kriterien</p> <table border="1" data-bbox="842 1787 1474 2033"> <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 ≥ 30/min</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter ≥ 65 Jahre</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 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.	65	Alter ≥ 65 Jahre															
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 mm_Hg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mm_Hg.																													
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>Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 159 mmHg Angabe ohne Warnung: 41 - 119 mmHg</p>	<p>Ergebnis der ersten Messung des diastolischen Blutdrucks bei der Aufnahme.</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>Übersetzung der Kriterien</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 $\geq 30/\text{min}$</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter ≥ 65 Jahre</td> </tr> </tbody> </table> <p>Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen</p> <table border="1"> <thead> <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>			Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.	65	Alter ≥ 65 Jahre	Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2	3	hoch	3-4 und beatmete Patienten
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																													
Initial	Beschreibung																												
C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																												
R	Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$																												
B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.																												
65	Alter ≥ 65 Jahre																												
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																											
1	niedrig	0																											
2	mittel	1-2																											
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																											
18	akute Symptomatik	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Die Frage nach der akuten Symptomatik bezieht sich auf die akute Pneumonie Symptomatik, also Fieber, Husten, Auswurf, Rasselgeräusche, Pleuraschmerzen, etc. Fieber ist definiert als Temperaturerhöhung $\geq 38,3$ C (rektal) oder $\geq 37,8$ C (axillär/oral/aurikulär).</p>																										
19	frisches Infiltrat im Röntgen Thorax	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Zum Auswählen von „ja“ bei diesem Feld, müssen nicht zwingend Erkenntnisse vorliegen, die während des aktuellen stationären Aufenthalts aufgetreten sind. Ein schriftlicher Befund einer z.B. in der vorbehandelnden Klinik durchgeführten Röntgen Thorax Untersuchung reicht dabei aus. Allerdings sollten diese Erkenntnisse plausibel der aktuellen Erkrankungsepisode zugeordnet werden können.</p>																										
20	Ist eine Immunsuppression bekannt	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Zur Auswahl von „nein“ bei diesem Feld, ist keine spezifische Ausschlussdiagnostik notwendig. Liegen Hinweise auf eine schwere Immunsuppression vor, bzw. besteht eine Neutropenie (Leukozyten $< 1000/\mu\text{l}$), ist „ja“ auszuwählen. Eine entsprechende Dokumentation in der Krankenakte ist vorausgesetzt. Als Immunsuppression zu werten ist auch — Zytostatikatherapie in den letzten 28 Tagen, bzw. Neutropenie mit Leukozyten $< 1000/\mu\text{l}$ oder — Steroidtherapie von mehr als 14 Tagen Dauer und einer Wirkstoffmenge von mind. 20 mg (Prednisolonäquivalent), die sich vollständig oder zum Teil über die letzten zwei Wochen vor Aufnahme erstreckt hat.</p>																										
21	Wurde der Patient in den letzten 28 Tagen in einem Krankenhaus stationär behandelt	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Wurde der Patient innerhalb der letzten 4 Wochen (28 Tage) aus einer stationären Behandlung entlassen, so ist hier „ja“ anzugeben. Für die Feststellung des Krankenhausaufenthalts innerhalb</p>																										

			der letzten 28 Tage ist die anamnestische Dokumentation ausreichend.
22	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	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. Weder Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes weder eine arterielle bzw. kapilläre Blutgasanalyse noch eine Pulsoxymetrie durchgeführt wurde. Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 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. 4 bis unter 8 Stunden bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus angezählt bis zur Untersuchung mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind. 8 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung mindestens 8 Stunden vollendet sind.
23	initiale antimikrobielle Therapie	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	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. Keine antimikrobielle Therapie bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine antibiotische Therapie verabreicht wurde. Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 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. 4 bis unter 8 Stunden 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. 8 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie mindestens 8 Stunden vollendet sind. Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.
Verlauf			
24	Beginn der Mobilisation	0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	Keine Mobilisierung bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind. 24 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt

			<p>mindestens 24 Stunden vollendet sind.</p> <p>Mobilisation wird definiert als: Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder Gehen</p> <p>jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten. Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden.</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>
25	Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthalts	0 = nein 1 = ja	Kontrollmessung des c-reaktiven Proteins (CRP) oder des Procalcitonins (PCT) im Serum innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 Stunden) des Krankenhausaufenthaltes. Diese erneute Messung (nach der ersten Messung bei der Aufnahmeuntersuchung) dient der Verlaufskontrolle.
wenn Feld 25 = 1			
26	Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist auszufüllen, wenn das C-reaktive Protein (CRP) oder Procalcitonin (PCT) nach dem Messwert bei der Aufnahme noch mindestens einmal innerhalb der ersten 5 Tage des Krankenhausaufenthaltes in seinem Verlauf kontrolliert wurde. Ist der Messwert dieser Verlaufskontrolle des CRP oder PCT niedriger als der höchste Wert, der am Aufnahmetag oder zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb dieser 5 Tage zwischen der Aufnahme und dem jetzigen Wert bestimmt wurde, wird "Ja" angegeben. Ist der Wert gleich oder höher dieses Wertes, wird "Nein" angegeben.
wenn Feld 26 = 0			
27	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist auszufüllen, wenn der Wert des C-reaktiven Proteins (CRP) oder des Procalcitonins (PCT) bei einer Verlaufskontrolle innerhalb der ersten 5 Tage des Krankenhausaufenthaltes nicht abgesunken ist. Wurde das diagnostische oder therapeutische Vorgehen kritisch überprüft CRP und PCT Werte sind Parameter, die Hinweise geben, ob die initiale Therapie wirksam ist, die aber im klinischen Kontext interpretiert werden müssen.
28	maschinelle Beatmung	0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	Definition von Nicht-invasiv: Maskenbeatmung, Beatmungshelme Invasiv: Mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle
29	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthaltes eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde	0 = nein 1 = ja	<p>Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich 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.</p> <p>Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtegesetz in § 630 f BGB „Dokumentation der Behandlung“ enthält dazu folgende Abätze:</p> <p>„Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.</p> <p>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 29 = 1			
30	Datum des Eintrags in der Patientenakte	Format: TT.MM.JJJJ	-
Entlassung			

31	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20176 bis zum 10.01.20176</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20176 bis zum 20.01.20176</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20176, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20176</p>
32	Entlassungsdiagnose(n)	-	<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 20187 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20176 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20176 aufgenommen worden ist.</p>
33	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung			
wenn Feld 33 <> '07'			
34	Desorientierung	<p>0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt</p>	<p>Besteht zum Zeitpunkt der Entlassung eine BewußtseinstörungBewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person Es wird eine qualitative Beurteilung erwartet, die bei der Entlassung vorgenommen wird. Die Anwendung eines standardisierten Tests ist nicht erforderlich.</p> <p>Wird dieses Datenfeld mit „ja“ kodiert, so ist durch den aufnehmenden Arzt eine qualitative Bewertung vorzunehmen, ob dieser Zustand pneumoniebedingt ist oder andere Erkrankungen zugrunde liegen, ggf. sind Begleitpersonen zu befragen. Wenn die Einschränkung des Bewusstseinszustandes als pneumoniebedingt angenommen werden kann, ist „1 = Ja, pneumoniebedingt“ anzugeben. Wenn eine akute oder chronische Bewusstseinsstörung besteht, für die andere Ursachen als die Pneumonie angenommen werden können, ist „2 = Ja, nicht pneumoniebedingt“ anzugeben.</p> <p>Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird:</p> <p>1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

			<p>erfolgen. Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.</p>
35	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	<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>Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional.</p> <p>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. 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> <p>Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.</p>
36	spontane Atemfrequenz	<p>1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung</p>	<p>Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute. Der Patient wird also nicht maschinell beatmet.</p> <p>Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional.</p> <p>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.</p>

			<p>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> <p>Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.</p>
37	Herzfrequenz	<p>1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt</p>	<p>Bestimmung der Anzahl der Herzschläge pro Minute.</p> <p>Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional.</p> <p>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.</p> <p>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> <p>Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.</p>
38	Temperatur	<p>1 = maximal 37,2 C 2 = über 37,2 C 3 = nicht bestimmt</p>	<p>Bestimmung der Körpertemperatur in Grad Celsius.</p> <p>Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional.</p> <p>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.</p> <p>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> <p>Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert</p>

			auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.
39	Sauerstoffsättigung	1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt	Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie sollen bei der Untersuchung Raumluft (Fraktion des eingeatmeten Sauerstoffs = 0,21) atmen. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen. Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional. 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. 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. Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde: Halm EA, Fine MJ, Marrie TJ, Coley CM, Kapoor WN, Obrosky DS, Singer DE. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: implications for practice guidelines. JAMA. 1998 279:1452-7.
40	Blutdruck systolisch	1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen Bei allen anderen Entlassungsgründen außer Tod ist die Angabe optional. 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. 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. Die Festlegung der Kriterien für klinische Stabilität basiert auf einer Studie, in der die Zeit von der Aufnahme bis zum Erreichen einer definierten klinischen Stabilität während der stationären Behandlung untersucht wurde:

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
 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 2

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 BPFIV 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 BPFIV 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)

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 201~~7~~⁶ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~⁷'

Diagnose(n) der Tabelle PNEU_ICD

ICD-Kode	Titel
A48.1	Legionellose mit Pneumonie
B01.2	Varizellen-Pneumonie
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen

ICD-Kode	Titel
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 aerobe 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 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

ICD-Kode	Titel
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	Multiplres 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

ICD-Kode	Titel
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	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
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

ICD-Kode	Titel
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	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit retikulärer Dysgenese
D81.1	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger T- und B-Zellen-Zahl
D81.2	Schwerer kombinierter Immundefekt [SCID] mit niedriger oder normaler B-Zellen-Zahl
D81.3	Adenosindesaminase[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	Kombinierter 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

ICD-Kode	Titel
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
U69.00	Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter
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

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

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

OPS-Kode	Titel
8-559.73	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.80	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.81	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.82	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.83	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-12 Basisdokumentation	
1	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung; http://www.dkgev.de</small> Schlüssel 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Patient	
5	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
verschoben (8)	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
verschoben (9)	Aufnahmeuhrzeitzeitpunkt Krankenhaus <small>hh:mm</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u> <input type="checkbox"/>
Präoperative Anamnese	
verschoben (17)	vorbestehende Koxarthrose 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

10	Frakturereignis 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes <input type="checkbox"/>
wenn Feld 10 = 2	
11>	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes) <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12>	Zeitpunkt der Fraktur <small>hh:mm</small> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
verschoben (16)	Frakturlokalisierung 1 = medial 2 = lateral 3 = petrochantär 9 = sonstige <input type="checkbox"/>
wenn Feld 15 = 1	
verschoben (16)>	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben <input type="checkbox"/>
verschoben (16)	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

wenn Feld 18 = 1

verschoben (19)	<p>Art der Medikation</p> <p>1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) 2 = Acetylsalicylsäure 3 = andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol) 4 = direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran) 9 = sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)</p>
verschoben (20)	<p>Gehstrecke (<u>bei Aufnahme oder vor der Fraktur</u>)</p> <p>1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil</p>
verschoben (21)	<p>Gehhilfen (<u>bei Aufnahme oder vor der Fraktur</u>)</p> <p>0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/<u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig</p>
neu	<p><u>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</u></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>

12-21, 23, 13	<p><u>Anamnese/Diagnostik/Präoperative Befunde</u></p>
13	<p>Einstufung nach ASA-Klassifikation</p> <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>
14	<p>Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC</p> <p>1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe</p>
22-27	<p><u>Operation</u></p>
22	<p>OP Datum <u>Datum des Eingriffs</u></p> <p>TT.MM.JJJJ</p>
23	<p>Uhrzeit OP Beginn <u>Beginn des Eingriffs</u> (<u>Schnitt erfolgte um</u>)</p> <p>hh:mm</p>
verschoben (25)	<p><u>Dauer des Eingriffs</u></p> <p>Schnitt-Nahtzeit</p>
24	<p><u>Operation</u> <u>Prozedur(en)</u></p> <p>OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen http://www.dimdi.de</p> <p>1. — . 2. — . 3. — . 4. — . 5. — . 6. — . 7. — . 8. — . 9. — . 10. — .</p>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

26	<p>perioperative Antibiotikaprophylaxe</p> <p>0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter</p>	33>	<p>OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom Wundhämatom/Nachblutung</p> <p>1 = ja</p>
27	<p>Operationsverfahren</p> <p>1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige</p>	34>	<p>OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion Gefäßläsion</p> <p>1 = ja</p>
28-46 Intra- und postoperativer Verlauf			
28	<p>postoperatives Röntgenbild a/p</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	35>	<p>bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden Nervenschaden</p> <p>1 = ja</p>
29	<p>postoperatives Röntgenbild axial- oder Lauenstein</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	36>	<p>Fraktur</p> <p>1 = ja</p>
30	<p>Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)?</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	neu	<p>reoperationspflichtige Wunddehiszenz</p> <p>1 = ja</p>
wenn Feld 30 = 1			
31>	<p>primäre Implantatfehl- lage</p> <p>1 = ja</p>	neu	<p>reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder</p> <p>1 = ja</p>
32>	<p>sekundäre Implantatdislokation Implantatdislokation</p> <p>1 = ja</p>	37>	<p>Sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen</p> <p>1 = ja</p>
38	<p>postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	38	<p>postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

wenn Feld 38 = 1	
39>	<p><u>Wundinfektionstiefe</u> <small>nach Definition der CDC (postoperative Wundinfektion)</small> CDC-Klassifikation</p> <p>1 = A1 - <u>postoperative</u>, (oberflächliche- <u>Wund</u>infektion) <input type="checkbox"/></p> <p>-2 = A2 - (postoperative, tiefe <u>Wund</u>- <u>infektion</u>)</p> <p>3 = A3 - (Infektion von Räume/Organen und <u>Körperhöhlen</u> im Operationsgebiet)</p>
wenn Feld 30 = 1 oder wenn Feld 38 = 1	
40>	<p><u>ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen</u> Reoperation wegen Komplikation(en) erforderlich</p> <p>0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/></p>
41	<p><u>Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?</u> allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</p> <p>0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/></p>
wenn Feld 41 = 1	
42>	<p>Pneumonie</p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
43>	<p><u>behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
44>	<p>tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose</p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
45>	<p>Lungenembolie</p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>

neu	<p><u>katheterassoziierte Harnwegsinfektion</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
neu	<p><u>Schlaganfall</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
neu	<p><u>akute gastrointestinale Blutung</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
neu	<p><u>akute Niereninsuffizienz</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
neu	<p><u>neu aufgetretener Dekubitus</u> <small>(ab 2. Grades), alle Lokalisationen</small></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
46>	<p><u>sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</u> sonstige</p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren	
neu	<p><u>Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?</u> <small>(gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe)</small></p> <p>0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/></p>
neu	<p><u>Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?</u> <small>siehe z.B. Pflegedokumentation</small></p> <p>0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/></p>
wenn Feld "Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?" = 1	
neu	<p><u>Patient hat Gehtraining erhalten</u></p> <p>1 = ja <input type="checkbox"/></p>

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

neu	<p><u>Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert</u></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
neu	<p><u>Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst</u></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
neu	<p><u>Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt</u></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p>
48-51	Gehfähigkeit bei Entlassung
47	<p>Gehstrecke bei Entlassung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil</p>
48	<p>Gehhilfen bei Entlassung</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/<u>Gehstock</u> 2 = Rollator/_Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig</p>
48-51	Entlassung Krankenhaus
49	<p>Entlassungsdatum Krankenhaus</p> <p>TT.MM.JJJJ</p> <p style="text-align: right;">□□.□□.□□□□</p>
verschoben (51)	<p>Entlassungsgrund</p> <p>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p> <p>Schlüssel 2</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

50	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</p> <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>
----	---

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<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	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p>Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	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>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5-7	<u>Patient</u>		
5	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.

verschieben (8)	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.201 6 <u>7</u> bis zum 10.01.201 6 <u>7</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.201 6 <u>7</u> bis zum 20.01.201 7 <u>6</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.201 6 <u>7</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.201 7 <u>6</u> .
verschieben (9)	Aufnahmeuhrzeitpunkt Krankenhaus	Format: hh:mm	-
6	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
verschieben (17)	vorbestehende Koxarthrose	0 = nein 1 = ja	Hier soll „ja“ angegeben werden, wenn eines der nachfolgenden röntgenologischen Kriterien (modifizierter Kellgren-Lawrence-Score) > „0“ ist: Osteophyten 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große Gelenkspalt 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben Sklerose 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zystenbildung Deformierung 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung
10	Frakturereignis	1 = war Grund für die akutstationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akutstationären Aufenthaltes	Als Grund für die akutstationäre Aufnahme (<u>=in ein Akutkrankenhaus</u>) gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/ Weiterbehandlungen zu einem ungeplanten Folgeeingriff geführt haben
wenn Feld 10 = 2			
11	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akutstationären Aufenthaltes)	Format: TT.MM.JJJJ	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während eines akutstationären Aufenthaltes gestürzt ist.
12	Zeitpunkt der Fraktur	Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
verschieben (15)	Frakturlokalisation	1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-

verschoben (16)	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> Garden I (Abduktionsfraktur) <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> gelöschtes Bild </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Garden II (unverschoben) <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> gelöschtes Bild </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Garden III (verschoben) <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> gelöschtes Bild </div> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> Garden IV (komplett verschoben) <div style="text-align: center; border: 1px solid gray; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> gelöschtes Bild </div>
verschoben (18)	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 18 = 1

verschoben (19)	Art der Medikation	1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) 2 = Acetylsalicylsäure 3 = andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol) 4 = direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran) 9 = sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)	-
verschoben (20)	Gehstrecke (<u>bei Aufnahme oder vor</u> der Fraktur)	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindesten 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
verschoben (21)	Gehhilfen (<u>bei Aufnahme oder vor</u> der Fraktur)	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur. Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
neu	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein <u>Pflegegrad vor</u>	0= nein, liegt nicht vor 1 = ja, <u>Pflegegrad 1</u> 2 = ja, <u>Pflegegrad 2</u> 3 = ja, <u>Pflegegrad 3</u> 4 = ja, <u>Pflegegrad 4</u> 5 = ja, <u>Pflegegrad 5</u> 9 = Information ist dem <u>Krankenhaus nicht bekannt</u>	Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB I und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus.

Anamnese/Diagnostik/Präoperative Befunde

13	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	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)
----	------------------------------------	---	---

		Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	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) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
14	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: 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. 2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden. <ul style="list-style-type: none"> 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. 3 = kontaminierte Eingriffe: 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 denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung. 4 = septische Eingriffe: 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. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)
Operation			
22	OP-Datum <u>Datum des Eingriffs</u>	Format: TT.MM.JJJJ	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.
23	Uhrzeit OP-Beginn <u>Beginn des Eingriffs</u>	Format: hh:mm	Es wird die Schnittzeit als OP- <u>Beginn</u> dokumentiert
<u>verschoben (25)</u>	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 10 Minuten Angabe ohne Warnung: 15 - 240 Minuten	-
24	Operation-Prozedur(en)	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. 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 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem

			<p>Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel.</p> <p>Beispiel: Für den OPS-Kode 5-820.00 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese; Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur 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.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 20187 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20176 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20176 aufgenommen worden ist.</p>
26	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter	<p>Die Verwendung von antibiotikahaltigem Zement ist hier nicht anzugeben.</p> <p>Hier ist nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben, die bei Vorliegen/ nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.</p>
27	Operationsverfahren	1 = DHS, Winkelplatte 2 = intra medulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige	-
Intra- und postoperativer Verlauf			
28	postoperatives Röntgenbild a/p	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung.
29	postoperatives Röntgenbild axial oder Lauenstein	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind Aufnahmen während des gesamten Aufenthaltes bis zur Entlassung.
30	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen.
wenn Feld 30 = 1			
31	primäre Implantatfehlage	1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht.
32	sekundäre Implantatdislokation	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)
33	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom/Nachblutung	1 = ja	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. Hier ist 1 = ja anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/Hämatom erforderlich wird (OP- Punktion). Mit Intervention ist nicht die Gabe von Blutkonserven gemeint.
34	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	1 = ja	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. 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.
35	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
36	Fraktur	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. Zu dokumentieren sind alle Frakturen (auch als Sturzfolge). Auch sind alle operativ behandlungsbedürftigen Fissuren hier zu dokumentieren.

neu	<u>reoperationspflichtige Wunddehiszenz</u>		Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
neu	<u>reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder</u>		Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
37	<u>sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen sonstige</u>	1 = ja	z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.
38	postoperative Wundinfektion	0 = nein 1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. • Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. • Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. • Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen, Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. • Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Website www.nrz-hygiene.de</p>
wenn Feld 38 = 1			
39	<u>Wundinfektionstiefe CDC-Klassifikation</u>	1 = A1 - <u>postoperative, oberflächliche Wundinfektion</u> 2 = A2	<p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen</p> <p>A1 Postoperative, oberflächliche Wundinfektion</p>

	<p>postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)</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.: Sepsis, Bakteriämie, 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> <p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,</p> <p>und</p> <p>eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat⁴ in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Faszien-schicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.</p> <p>Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (>38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p>
--	--	--

			<p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat[†] in situ belassen),</p> <p>und</p> <p>Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen</p> <p>und</p> <p>erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <p>Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</p> <p>Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>[†]Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)), Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p>
wenn Feld 30 = 1 oder wenn Feld 38 = 1			
40	<p>ungeplante Folge-OP aufgrund von <u>Komplikationen</u> Reoperation wegen <u>Komplikation(en)</u> erforderlich</p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff.</p> <p>Reoperationen sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen des Primäreingriffs während des gleichen stationären Aufenthaltes.–</p> <p>Gemeint sind sämtliche Reoperationen.</p> <p>Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms</p>
41	<p>Gab es <u>allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen</u> <u>allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)</u></p>	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen (alle Komplikationen, die einen Mehraufwand im Sinne der Kodierrichtlinien verursacht haben).</p>
wenn Feld 41 = 1			
42	<p>Pneumonie</p>	<p>1 = ja</p>	<p><u>Pneumoniekriterien nach CDC</u></p> <p><u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen)</u></p> <p>Pneumoniekriterien nach CDC Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <p>1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien:</p>

			<p>– Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.</p> <p>– Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.</p> <p>– Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.</p> <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:</p> <p>– Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.</p> <p>– Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.</p> <p>– Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten. Diagnostischer Einzelantikörper Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben. Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p>
43	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	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:</p> <p>-Herzinfarkt</p> <p>-behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen</p>
44	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
45	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
neu	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1 = ja	<p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/)</p> <p>D 1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und</p> <p>D1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter</p>
neu	Schlaganfall	1 = ja	
neu	akute gastrointestinale Blutung	1 = ja	
neu	akute Niereninsuffizienz	1 = ja	
neu	neu aufgetretener Dekubitus	1 = ja	<p>Dekubitus Grad 2 ist in Anlehnung an die Leitlinie zur Dekubitus-Prävention der European Pressure Ulcer Advisory Panel und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) in deutscher Übersetzung wie folgt definiert:</p> <p>Kategorie/Stufe/Grad 2: Teilverlust der Haut</p> <p>Teilverstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als falsches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreißen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.</p> <p>Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin</p>
46	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen sonstige	1 = ja	<p>Sonstige Komplikationen sind Komplikationen, bei denen der Patient unvorhergesehen zu klinisch fassbaren Schaden kommt.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unverträglichkeitsreaktion auf Medikamente • Thrombophlebitis • Harnverhalt bei Prostathypertrophie • Harnwegsinfekt • Zungenschwellung als Cortisonreaktion • Oberschenkelfraktur der kontralateralen Seite nach postoperativem Sturz

			<p>• Dekubitus ab Grad 2</p> <p>Keine Komplikationen in diesem Sinn sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren			
neu	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt	0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
neu	Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen	0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
wenn Feld "Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?" = 1			
neu	Patient hat Gehtraining erhalten	1 = ja	Hierzu zählen alle Maßnahmen/Übungen/Trainings die zu einer Verbesserung des Haltungs- und Gangbildes sowie der Gangsicherheit beitragen. Dies sind beispielsweise Gangübungen, Kraftübungen/-trainings zur Erhaltung oder Aufbau der Muskulatur sowie Gleichgewichtsübungen.
neu	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	1 = ja	Der Patient sollte für alle erhaltenen Hilfsmittel ein z.B. das Laufen mit Unterarmgehstützen oder einem Rollator Training erhalten bis sie sicher im Umgang mit diesem Hilfsmittel sind.
neu	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	1 = ja	Sowohl die Anzahl der Medikamente sowie auch die Einnahme von psychotropen Medikamenten (insbesondere Antidepressiva sowie sedierend bzw. angstlösend wirkende Medikamente) können sich auf das Sturzrisiko auswirken. Gemäß dem DNQP Expertenstandard Sturzprophylaxe (2013) sollte die Medikation sorgfältig geprüft und die Gabe von Medikamenten mit bekannten ungünstigen Auswirkungen auf das Sturzrisiko, soweit wie klinisch gerechtfertigt, begrenzt werden.
neu	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahren uellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	1 = ja	siehe auch DNQP Expertenstandard „Sturzprophylaxe“
Gefähigkeit bei Entlassung			
47	Gehstrecke bei Entlassung	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
48	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
Entlassung Krankenhaus			

49	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV.</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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>Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20176 bis zum 10.01.20176 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20176 bis zum 20.01.20176</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20176, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20176</p>
verschoben (51)	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
50	Entlassungsdiagnose(n)	-	<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 20187 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20176 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20176 aufgenommen worden ist.</p>

Lange Schlüssel

- Schlüssel 1**
- 0100 = Innere Medizin
 - Fachabteilungen
 - 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
 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 2 01 = Behandlung regulär beendet
Entlassungsgrund 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)

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 20 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 >= 20

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 >= 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 2017⁶ und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018⁷

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >=
'01.01.2017⁶' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017⁶' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018⁷'

Diagnose(n) der Tabelle SH_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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
S15.8	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
S22.2	Fraktur des Sternums
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

ICD-Kode	Titel
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
S25.8	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 Organes

ICD-Kode	Titel
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 Acetabulum
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
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet
S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple 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
S35.8	Verletzung sonstiger Blutgefäße in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens

ICD-Kode	Titel
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 Organes
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere
S37.02	Rissverletzung der Niere
S37.03	Komplette Ruptur der 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

ICD-Kode	Titel
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
S39.88	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, Epicondyli, 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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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 der 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. peronaeus 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. peronaea
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

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

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

OPS-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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)

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-14	Basisdokumentation
1-1	Art der Versicherung
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
2-2	Patientenidentifizierende Daten
2	eGK-Versichertennummer <input type="text"/>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>	
neu	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u> <input type="checkbox"/> 1 = ja
3-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten
3	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
4	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/>
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1
7-12	Patient
7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
8	Aufnahmedatum <u>Krankenhaus</u> <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
9	Aufnahmezeit <u>Krankenhaus</u> <small>hh:mm</small> <input type="text"/>

10	Aufnahmegrund <small>§ 301-Vereinbarung</small> <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
11	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
12	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u> <input type="checkbox"/>
13-14	Präoperative Anamnese
13	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) 1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil <input type="checkbox"/>
14	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur) 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig <input type="checkbox"/>
neu	<u>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</u> <input type="checkbox"/> <u>0= nein, liegt nicht vor</u> <u>1 = ja, Pflegegrad 1</u> <u>2 = ja, Pflegegrad 2</u> <u>3 = ja, Pflegegrad 3</u> <u>4 = ja, Pflegegrad 4</u> <u>5 = ja, Pflegegrad 5</u> <u>9= Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt</u>

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
15-24	Prozedur
15-16	Eingriff
15	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16	zu operierende Seite <input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links
17-18	Präoperative Befunde
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 ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt
18	Wundkontaminationsklassifikation nach Definition der CDC <input type="checkbox"/> 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe
19-23	Operation
19	Art des Eingriffs <input type="checkbox"/> 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels
20	Datum des Eingriffs <input type="checkbox"/> TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21	Beginn des Eingriffs <input type="checkbox"/> hh:mm <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
22	Dauer des Eingriffs <input type="checkbox"/> Schnitt-Naht-Zeit <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten

23	Prozedur(en) OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe http://www.dimdi.de 1. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
24-24	Perioperatives Management
24	perioperative Antibiotikaprophylaxe <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

HÜFTGELENKNAHE FEMURFRAKTUR	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
25-34	Hüftgelenknahe Femurfraktur
25-25	Anzahl der Eingriffe
25	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26-34	Präoperative Anamnese
26	<u>Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?</u> 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
27	vorbestehende Koxarthrose 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
28	Frakturereignis 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes <input type="checkbox"/>
wenn Feld 28 = 2	
29>	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes) TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
30>	Zeitpunkt der Fraktur hh:mm <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
31	Frakturlokalisierung 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige <input type="checkbox"/>

wenn Feld 31 = 1	
32>	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben <input type="checkbox"/>
33	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 33 = 1	
34>	Art der Medikation 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) 2 = Acetylsalicylsäure 3 = andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol) 4 = direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran) 9 = sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

ELEKTIVE HÜFTENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
35-53	Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation
35-35	Anzahl der Eingriffe
35	Wievielte elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36-37	Präoperative Anamnese
36	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
37	Schmerzen <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz
38-47	Präoperativer Bewegungsumfang
38	Wurde das passive Bewegungsausmaß passiv mit der Neutral-Null-Methode bestimmt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 38 = 1	
39>	Extension/Flexion 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
40>	Extension/Flexion 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
41>	Extension/Flexion 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
42>	Ab-/Adduktion 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
43>	Ab-/Adduktion 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
44>	Ab-/Adduktion 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
45>	Außen-/Innenrotation 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
46>	Außen-/Innenrotation 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
47>	Außen-/Innenrotation 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
48-51	Modifizierter Kellgren-Lawrence Score
48	Osteophyten <input type="checkbox"/> 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große
49	Gelenkspalt <input type="checkbox"/> 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben
50	Sklerose <input type="checkbox"/> 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten
51	Deformierung <input type="checkbox"/> 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung
52-53	Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen
52	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation an der am betroffenen Seite Gelenk vor? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

wenn Feld 52 = 1	
53>	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 multilierende Veränderung

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

WECHSEL bzw. Komponentenwechsel	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
54-73	Wechsel bzw. Komponentenwechsel
54-54	Anzahl der Eingriffe
54	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55-55 Präoperative Anamnese / Diagnostik	
55	Schmerzen vor der <u>Prothesenexplantation</u> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz
56-58 Entzündungszeichen-/ Erreger-/ Infektionsnachweis	
56	positive Entzündungszeichen im Labor vor <u>der</u> Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten) 0 = nein 1 = ja
57	mikrobiologische Untersuchung vor <u>der</u> Prothesenexplantation 0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv
58	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) <u>präoperativ</u> vor <u>der</u> Prothesenexplantation 0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebeinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)

59-73	Röntgendiagnostik / Klinische Befunde
59	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor <u>der Prothesenexplantation</u> vor? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
<i>wenn Feld 59 = 1</i>	
60>	Implantatbruch 1 = ja <input type="checkbox"/>
61>	Implantatabrieb/-verschleiß 1 = ja <input type="checkbox"/>
62>	Implantatfehlage der Pfanne 1 = ja <input type="checkbox"/>
63>	Implantatfehlage des Schafts 1 = ja <input type="checkbox"/>
64>	Lockerung der Pfannenkomponente 1 = ja <input type="checkbox"/>
65>	Lockerung der Schaftkomponente 1 = ja <input type="checkbox"/>
66>	Osteolyse der Pfanne 1 = ja <input type="checkbox"/>
67>	Osteolyse des Femurs 1 = ja <input type="checkbox"/>
68>	periprothetische Fraktur 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

69>	(rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
70>	großer Knochendefekt Pfanne	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
71>	großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
72>	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
73>	periartikuläre Ossifikation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
74-87	Prozedur
74-86	Intra- und postoperativer Verlauf
74	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 74 = 1	
75>	primäre Implantatfehlage 1 = ja
76>	sekundäre Implantatdislokation 1 = ja
77>	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation 1 = ja
78>	OP- oder interventionsbedürftige/-s Wundhämatom /Nachblutung/ Wundhämatom 1 = ja
79>	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion 1 = ja
80>	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden 1 = ja
81>	periprothetische Fraktur 1 = ja
83>	reoperationspflichtige Wunddehiszenz 1 = ja

84>	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder 1 = ja
85>	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen 1 = ja
neu	postoperative Wundinfektion <small>nach Definition der CDC</small> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld „postoperative Wundinfektion“ = 1	
verschoben (82>)	postoperative Wundinfektion (nach CDC-Definition) Wundinfektionstiefe <small>nach Definition der CDC-(postoperative Wundinfektion)</small> 1 = CDC-A1 - (postoperative, oberflächliche Wundinfektion) 2 = CDC-A2 - (postoperative, tiefe Wundinfektion) 3 = CDC-A3 - (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)
wenn Feld 74 = 1 oder wenn Feld „postoperative Wundinfektion = 1	
86>	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen 0 = nein 1 = ja
87-87 Weitere Prozeduren	
87	Wurden weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt? 0 = nein 1 = ja

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
88-108 Basisdokumentation	
88-98 Intra- und postoperativer Verlauf	
88	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 88 = 1	
89>	Pneumonie 1 = ja
90>	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) 1 = ja
91>	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose 1 = ja
92>	Lungenembolie 1 = ja
93>	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion 1 = ja
94>	Apoplex Schlaganfall 1 = ja
95>	akute gastrointestinale Blutung 1 = ja
96>	akute Niereninsuffizienz 1 = ja

97>	neu aufgetretener Dekubitus (ab 2. Grades), alle Lokalisationen 1 = ja
98>	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 1 = ja
99-104 Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren	
99	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt? (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe)
	0 = nein 1 = ja
100	Wurden <u>Maßnahmen zur Sturzprophylaxe</u> Präventionsmaßnahmen <u>ergriffen?</u> (s. auch Pflegedokumentation)
	0 = nein 1 = ja
wenn Feld 100 = 1	
101>	Patient hat Gehtraining erhalten 1 = ja
102>	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert 1 = ja
103>	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst 1 = ja

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
0491 = Nephrologie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0492 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1591 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1600 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1692 = Unfallchirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1700 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1790 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1791 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0692 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1890 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1891 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1892 = Gefäßchirurgie
0790 = Gastroenterologie	1900 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	1992 = Plastische Chirurgie
0890 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0891 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0892 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2090 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2091 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0992 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
1000 = Pädiatrie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2190 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2191 = Herzchirurgie
	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Hüftendoprothesenversorgung

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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)

Ausfüllhinweise Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	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.
Patientenidentifizierende Daten			
2	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) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
<u>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</u>			
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
3	Institutionskennzeichen	-	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.
4	entlassender Standort	-	Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter

			<p>einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	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>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
Patient			
7	einrichtungsinterne 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.
8	Aufnahmedatum <u>Krankenhaus</u>	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</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></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20176 bis zum 10.01.20176</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20176 bis zum 20.01.20176</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20176, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20176.</p>
9	Aufnahmezeit <u>Krankenhaus</u>	Format: hh:mm	-
10	Aufnahmegrund	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	-
11	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
12	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-

		8 = unbestimmt	
Präoperative Anamnese			
13	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
14	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 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. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
neu	<u>Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?</u>	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	<u>Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus.</u>
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
15	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	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.
16	zu operierende Seite	1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
17	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 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 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 Bauchaortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
18	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung

			<p>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>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>3 = kontaminierte Eingriffe: 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 denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = septische Eingriffe: 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. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
Operation			
19	Art des Eingriffs	<p>1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels</p>	-
20	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	<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>
21	Beginn des Eingriffs	Format: hh:mm	Es wird die Schnittzeit als OP Beginn dokumentiert
22	Dauer des Eingriffs	<p>Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 15 Minuten Angabe ohne Warnung: ≤ 240 Minuten</p>	-
23	Prozedur(en)	-	<p>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</p>

			<p>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-Code 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 Codes sind somit 5-820.00:R, 5-820.00:L oder 5-820.00:B. Die Dokumentation des Codes 5-820.00 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. Im Jahr 20187 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20176 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20176 aufgenommen worden ist.</p>
Perioperatives Management			
24	perioperative Antibiotikaprophylaxe	<p>0 – nein 1 – single shot 2 – Zweitgabe 3 – öfter</p>	<p>Die Verwendung von antibiotikahaltigem Zement ist hier nicht anzugeben.</p> <p>Hier ist nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben, die bei Vorliegen/ nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.</p>
Teildatensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Anzahl der Eingriffe			
25	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?	<p>Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10</p>	-
Präoperative Anamnese			
26	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt?	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-
27	vorbestehende Koxarthrose	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-
28	Frakturereignis	<p>1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes</p>	<p>Als Grund für die akut-stationäre Aufnahme (= in ein Akutkrankenhaus) gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/ Weiterbehandlungen zu einem ungeplanten Folgeeingriff geführt haben.</p> <p>Als Grund für die akut-stationäre Aufnahme gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen zu einer Wiederaufnahme geführt haben.</p>
wenn Feld 28 = 2			
29	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	Format: TT.MM.JJJJ	Datum des krankenhausinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während eines akut-stationären Aufenthaltes gestürzt ist.
30	Zeitpunkt der Fraktur	Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausinternen Unfallgeschehens
31	Frakturlokalisierung	<p>1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige</p>	-
wenn Feld 31 = 1			
32	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	<p>1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben</p>	-
33	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-
wenn Feld 33 = 1			

34	Art der Medikation	1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin) 2 = Acetylsalicylsäure 3 = andere Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol) 4 = direkte Thrombininhibitoren (z.B. Argatroban, Dabigatran) 9 = sonstige (z.B. Rivaroxaban, Fondaparinux)	-
----	--------------------	---	---

Teildatensatz Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)
Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation

Anzahl der Eingriffe

35	Wieviele elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
----	--	--	---

Präoperative Anamnese


36	<u>Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?</u> <u>Voroperationen am Hüftgelenk oder hüftgelenknah</u>	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---




37	Schmerzen	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
----	-----------	--	---



Präoperativer Bewegungsumfang




38	<u>Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?</u> <u>Bewegungsausmaß passiv mit Neutral-Null-Methode bestimmt</u>	0 = nein 1 = ja	Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad) <ul style="list-style-type: none"> 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) 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)
----	--	--------------------	--

wenn Feld 38 = 1

39	Extension/Flexion 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 15 Grad	<u>siehe oben</u> 
----	---------------------	--	---

40	Extension/Flexion 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
41	Extension/Flexion 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
42	Ab-/Adduktion 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	siehe oben  <hr/>
43	Ab-/Adduktion 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
44	Ab-/Adduktion 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
45	Außen-/Innenrotation 1	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	siehe oben  <hr/>
46	Außen-/Innenrotation 2	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
47	Außen-/Innenrotation 3	Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
Modifizierter Kellgren- & Lawrence-Score			
48	Osteophyten	0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	Röntgen-Beispiele: Osteophyten 1 = eindeutig (- 2 mm)  <hr/>

			<p>2 = groß ($\geq 3\text{mm}$)</p>  <p>gelöschtes Bild</p>
49	Gelenkspalt	<p>0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben</p>	<p>Röntgen-Beispiele: unter Belastung</p> <p>Gelenkspalt</p> <p>1 = eindeutig verschmälert</p>  <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>2 = fortgeschritten verschmälert</p>  <p>gelöschtes Bild</p>
50	Sklerose	<p>0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten</p>	<p>Röntgen-Beispiele:</p> <p>Sklerose</p> <p>2 = leichte Sklerose mit Zysten</p>  <p>gelöschtes Bild</p>

			<p>3 = Sklerose mit Zysten</p> 
51	Deformierung	<p>0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung</p>	<p>Röntgen-Beispiele: Deformierung</p> <p>1 = leichte Deformierung</p>  <p>2 = deutliche Deformierung</p> 
Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
52	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation <u>an der betroffenen Seite am betroffenen Gelenk</u> vor?	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine <u>entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung</u> (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist. <u>Die Einteilung erfolgt nach Larsen-Dale-Eck.</u></p>
wenn Feld 52 = 1			

53	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	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)
----	---	---	--

Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Anzahl der Eingriffe

54	Wieviele Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	-
----	---	--	---

Präoperative Anamnese / Diagnostik

55	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
----	---	--	--

Entzündungszeichen / Erreger- / Infektionsnachweis

56	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.
57	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben.
58	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) präoperativ vor der Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des histopathologischen Befundes des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben. Abriebinduzierter Typ (Typ I): liegt dann vor, wenn histopathologische Makrophagen, multinukleäre Riesenzellen sowie metallische und oder nicht metallische Fremdkörper z. B. der Gleitpaarung oder des Knochenzements im Präparat nachgewiesen werden können.

			<p>Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile Granulozyten und Mikroabszesse auf. Nur vereinzelt sind Makrophagen und multinukleäre Riesenzellen nachweisbar.</p> <p>Mischtyp (Typ III): Stellt eine Kombination aus den Typen I und II dar. Im histopathologischen Präparat finden sich sowohl Kennzeichen der abriebinduzierten Fremdkörperreaktion als auch ein granulozytenreiches Infiltrat/Granulationsgewebe.</p> <p>Indifferenztyp (Typ IV): Das Präparat weist zellarmes, kollagenfaserreiches Bindegewebe auf, dessen Oberfläche von einer synovialisähnlichen Deckzellschicht begrenzt wird. Abriebpartikel oder eine Infektion sind nicht nachweisbar.</p>
Röntgendiagnostik / <u>K</u>linische Befunde			
59	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde <u>vor der Prothesenexplantation</u> vor?	0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 59 = 1			
60	Implantatbruch	1 = ja	<u>Dies umfasst auch Keramikkopfberstung</u> -
61	Implantatabrieb/-verschleiß	1 = ja	-
62	Implantatfehlage der Pfanne	1 = ja	-
63	Implantatfehlage des Schafts	1 = ja	-
64	Lockerung der Pfannenkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
65	Lockerung der Schaftkomponente	1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
66	Osteolyse der Pfanne	1 = ja	-
67	Osteolyse des Femurs	1 = ja	-
68	periprothetische Fraktur	1 = ja	-
69	(rezidivierende) Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Hier sind auch (rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen, ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
70	großer Knochendefekt Pfanne	1 = ja	-
71	großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	1 = ja	-
72	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	1 = ja	-
73	periartikuläre Ossifikation	1 = ja	<p>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 Abstandes zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt, Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur</p> <p>[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]</p>
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			

Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
74	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen.
wenn Feld 74 = 1			
75	primäre Implantatfehlage	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.
76	sekundäre Implantatdislokation	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.
77	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
78	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom/ Nachblutung	1 = ja	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.
79	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	1 = ja	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.
80	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
81	periprothetische Fraktur	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.
83	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
84	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
85	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	-
neu	<u>postoperative Wundinfektion</u>	0 = nein 1 = ja	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u> <u>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</u> <u>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</u>
wenn Feld „postoperative Wundinfektion“ = 1			

postoperative Wundinfektion
(nach CDC-Definition)
Wundinfektionstiefe

1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion
2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion
3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet
= CDC A1 (oberflächliche Infektion)
2 = CDC A2 (postoperative tiefe Infektion)
3 = CDC A3 (Organe/Körperhöhle im OP-Gebiet)

CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen
(<http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen>)

Postoperative Wundinfektionen

A 1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion

Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,

und

eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.
2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision.
3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung,

und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.

4. Diagnose des behandelnden Arztes.

A 2 Postoperative tiefe Wundinfektion

Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat (1) in situ belassen),

und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen

und erfasst Faszien- und Muskelgewebe,

und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.
2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat:

Fieber (> 38 °C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.

3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.
4. Diagnose des behandelnden Arztes.

A 3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet

Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat 1 in situ belassen),

und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen

und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde,


A3-Infektionen sind u.a.: Sepsis, Bakteriämie, Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.

und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.
2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.

			<p>3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>1-Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen [vom Schwein oder synthetisch]), Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z.B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p>
wenn Feld 74 = 1 oder wenn Feld „postoperative Wundinfektion = 1			
86	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	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.
Weitere Prozeduren			
87	Wurden weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Für weitere Wechselprozeduren oder Prozeduren auf der kontralateralen Seite innerhalb eines stationären Aufenthaltes, bitte einen neuen Prozedurbogen anlegen. Dies gilt auch bei einer Zusammenlegung von Fällen.
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Intra- und postoperativer Verlauf			
88	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 88 = 1			
89	Pneumonie	1 = ja	<u>Pneumoniekriterien nach CDC</u> <u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/).</u>
90	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	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
91	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
92	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
93	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1 = ja	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/)</u> <u>D 1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und</u> <u>D1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter-</u>
94	Apoplex Schlaganfall	1 = ja	-
95	akute gastrointestinale Blutung	1 = ja	-
96	akute Niereninsuffizienz	1 = ja	-
97	neu aufgetretener Dekubitus	1 = ja	Dekubitus Grad 2 ist in Anlehnung an die Leitlinie zur Dekubitus-Prävention der European Pressure Ulcer Advisory Panel und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) in deutscher Übersetzung wie folgt

			definiert: Kategorie/Stufe/Grad 2: Teilverlust der Haut Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als falsches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. * Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
98	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen <u>bei Patienten ab 50 Jahren</u>			
99	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	0 = nein 1 = ja	Definition nach dem <u>DNQP Pflege-Expertenstandard</u> "Sturzprophylaxe in der Pflege <u>Sturzprophylaxe</u> "
100	Wurden <u>Maßnahmen zur</u> <u>Sturzprophylaxe</u> <u>Präventionsmaßnahmen</u> ergriffen? <u>(s. auch</u> <u>Pflegedokumentation)</u>	0 = nein 1 = ja	<u>Definition nach dem DNQP Expertenstandard</u> <u>"Sturzprophylaxe in der Pflege"</u>
wenn Feld 100 = 1			
101	Patient hat Gehtraining erhalten	1 = ja	Hierzu zählen alle Maßnahmen/Übungen/Trainings die zu einer Verbesserung des Haltungs- und Gangbildes sowie der Gangsicherheit beitragen. Dies sind beispielsweise Gangübungen, Kraftübungen/-trainings zur Erhaltung oder Aufbau der Muskulatur sowie Gleichgewichtsübungen.
102	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	1 = ja	Der Patient sollte für alle erhaltenen Hilfsmittel ein z.B. das Laufen mit Unterarmgehstützen oder einem Rollator Training erhalten bis sie sicher im Umgang mit diesem Hilfsmittel sind.
103	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	1 = ja	Sowohl die Anzahl der Medikamente sowie auch die Einnahme von psychotropen Medikamenten (insbesondere Antidepressiva sowie sedierend bzw. angstlösend wirkende Medikamente) können sich auf das Sturzrisiko auswirken. Gemäß dem DNQP Expertenstandard <u>"Sturzprophylaxe in der Pflege " Sturzprophylaxe</u> (2013) sollte die Medikation sorgfältig geprüft und die Gabe von Medikamenten mit bekannten ungünstigen Auswirkungen auf das Sturzrisiko, soweit wie klinisch gerechtfertigt, begrenzt werden.
104	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	1 = ja	<u>siehe auch DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in</u> <u>der Pflege"</u>
Postoperativer Bewegungsumfang			
105	<u>Wurde das passive</u> <u>Bewegungsausmaß mit der</u> <u>Neutral-Null-Methode bei</u> <u>Entlassung bestimmt?</u> <u>Bewegungsausmaß passiv mit</u> <u>Neutral-Null-Methode</u> <u>bestimmt</u>	0 = nein 1 = ja	<u>Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag</u> <u>vor der Entlassung.</u> Neutral-Null-Methode* <u>-(Angabe in Grad)</u> __ 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>Beispiel für ein Streckdefizit: 0°/5°/140°</p> <div style="text-align: center;">  <p style="color: red; font-weight: bold;">gelöschtes Bild</p> </div> <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 105 = 1 und Feld „Art des Eingriffs“ = 2			
106	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	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.
107	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	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.
108	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	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.
EntlassungGehfähigkeit bei Entlassung			
109	Gehstrecke bei Entlassung	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
110	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
Entlassung Krankenhaus			
111	Entlassungsdatum <u>Krankenhaus</u>	Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufhalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV 2016.

			<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <u>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</u></p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2017 bis zum 10.01.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.1.2017</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des <u>zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017</u></p>
112	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
113	Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10-GM)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Hauptdiagnose- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2018⁷ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2017⁶ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2017⁶ aufgenommen worden ist.</p>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	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 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
 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 2

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 BPfIV 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 BPfIV 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)

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 2017 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018'

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

ICD-Kode	Titel
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 Polyarthritiden, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.02	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritiden, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.10	Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
M08.11	Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikulär-, 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, Akromioklavikulär-, 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

ICD-Kode	Titel
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]

ICD-Kode	Titel
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]

ICD-Kode	Titel
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

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
5-821.18	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes
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
5-821.2a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel
5-821.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
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

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: Kurzschafft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert

OPS-Kode	Titel
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)

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-13	Basisdokumentation
1-1	Art der Versicherung
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
2-2	Patientenidentifizierende Daten
12	eGK-Versichertennummer <input type="text"/>
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>	
neu	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u> <input type="checkbox"/> 1 = ja
3-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten
3	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>
4	entlassender Standort <small>zweistellig, ggf. mit führender Null</small> <input type="text"/>
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1
7-11	Patient
7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
8	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>

9	Aufnahmegrund <small>§ 301-Vereinbarung</small> <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
10	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>
11	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich <u>8 = unbestimmt</u> <input type="checkbox"/>
12-13	Präoperative Anamnesebefunde
12	Gehstrecke <input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil
13	Gehhilfen <input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

PROZEDUR	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden	
14-24 Prozedur	
14-15 Eingriff	
14	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? <div style="text-align: right;">□ □</div>
15	zu operierende Seite 1 = rechts 2 = links <div style="text-align: right;">□</div>
16-19 Präoperative Befunde	
16	Liegt eine Gonarthrose vor? 0 = nein 1 = primäre Gonarthrose 2 = sekundäre Gonarthrose <div style="text-align: right;">□</div>
17	Liegen Fehlstellungen des Knies vor? 0 = nein 1 = schweres Valgusknie 2 = schweres Varusknie <div style="text-align: right;">□</div>
18	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 erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt <div style="text-align: right;">□</div>
19	Wundkontaminationsklassifikation <small>nach Definition der CDC</small> 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe <div style="text-align: right;">□</div>
20-24 Operation	
20	Art des Eingriffs 1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einseitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweiseitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels <div style="text-align: right;">□</div>
21	perioperative Antibiotikaprophylaxe 0 = nein 1 = single-shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter <div style="text-align: right;">□</div>
22	Datum des Eingriffs <small>TT.MM.JJJJ</small> □ □ . □ □ . □ □ □ □
23	Dauer des Eingriffs <small>Schnitt-Naht-Zeit</small> □ □ □ Minuten
24	Prozedur(en) <small>OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe http://www.dimdi.de</small> 1. □ — □ □ □ . □ □ 2. □ — □ □ □ . □ □ 3. □ — □ □ □ . □ □ 4. □ — □ □ □ . □ □ 5. □ — □ □ □ . □ □ 6. □ — □ □ □ . □ □ 7. □ — □ □ □ . □ □ 8. □ — □ □ □ . □ □ 9. □ — □ □ □ . □ □ 10. □ — □ □ □ . □ □

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

KNEIENDOPROTHESEN-ERSTIMPLANTATION	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
25-35	Knieendoprothesenerstimplantation
25-25	Anzahl der Eingriffe
25	Wieviele Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26-26	Voroperation Präoperative Anamnese
26	<u>Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?</u> 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
27-27	Präoperative Schmerzanamnese
27	Schmerzen 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz <input type="checkbox"/>
28-31	Modifizierter Kellgren- & Lawrence-Score
28	Osteophyten 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig <input type="checkbox"/>
29	Gelenkspalt 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = häufig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben <input type="checkbox"/>
30	Sklerose 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella <input type="checkbox"/>
31	Deformierung 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung <input type="checkbox"/>

32-33	Implantation einer KnieSchlittenprothese_ Schlittenprothese
32	Ist Wird die Implantation einer unikondylären Knie Schlittenprothese vorgesehend durchgeführt? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 32 = 1	
33>	<u>Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?</u> 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
34-35	Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen
34	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des-am betroffenen Gelenks vor? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 34 = 1	
35>	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek) 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 multilierende mutillierende Veränderung <input type="checkbox"/>

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

WECHSEL BZW. KOMPONENTENWECHSEL	
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	
36-59	Wechsel bzw. Komponentenwechsel
36-36	Anzahl der Eingriffe
36	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> .
37-37	Präoperative Anamnese Schmerzanamnese
37	Schmerzen <u>vor der Prothesenexplantation</u> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz
38-40	Erreger-/ Infektionsnachweis
38	positive Entzündungszeichen im Labor vor <u>der</u> Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten) 0 = nein 1 = ja
39	mikrobiologische Untersuchung vor <u>der</u> Prothesenexplantation 0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv
40	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor <u>der</u> Prothesenexplantation 0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)

41-59	Röntgendiagnostik/ Klinische Befunde
41	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde <u>vor der Prothesenexplantation</u> vor? 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
<i>wenn Feld 41 = 1</i>	
42>	Implantatbruch 1 = ja <input type="checkbox"/>
43>	Abrieb/Defekt des PE-Inlays 1 = ja <input type="checkbox"/>
44>	Implantatfehlage/Malrotation 1 = ja <input type="checkbox"/>
45>	Implantatwanderung 1 = ja <input type="checkbox"/>
46>	Lockerung der Femur-Komponente 1 = septisch 2 = aseptisch <input type="checkbox"/>
47>	Lockerung der Tibia-Komponente 1 = septisch 2 = aseptisch <input type="checkbox"/>
48>	Lockerung der Patella-Komponente 1 = septisch 2 = aseptisch <input type="checkbox"/>
49>	Substanzverlust Femur 1 = ja <input type="checkbox"/>
50>	Substanzverlust Tibia 1 = ja <input type="checkbox"/>

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

51>	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
52>	EndoPp rothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
53>	Instabilität der Seitenbänder	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
54>	Instabilität des hinteren Kreuzbandes	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
55>	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
56>	Patellaneekrose	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
57>	Patellaluxation	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
58>	Patellaschmerz	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	
59>	Sonstige	<input type="checkbox"/>
	1 = ja	

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

PROZEDUR			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
60-77	Prozedur		
60-76	Intra- und postoperativer Verlauf		
60	Gab es spezifische behandlungsbedürftige intra- und/oder postoperative Komplikationen? 0 = nein 1 = ja	68>	periprothetische Fraktur 1 = ja
wenn Feld 60 = 1		70>	reoperationspflichtige Wunddehiszenz 1 = ja
61>	primäre Implantatfehlage 1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	71>	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder 1 = ja
62>	sekundäre Implantatdislokation 1 = ja	72>	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes 1 = ja
63>	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes 1 = ja	73>	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae 1 = ja
64>	Patellafehlstellung 1 = ja	74>	Fraktur der Patella 1 = ja
65>	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom/Achblutung 1 = ja	75>	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen
66>	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion 1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	neu	<u>postoperative Wundinfektion</u> <small>nach Definition der CDC</small> 0 = nein 1 = ja
67>	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden 1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	wenn Feld "postoperative Wundinfektion" = 1	
		verschoben (69>	postoperative Wundinfektionstiefe (nach CDC Definition) <small>nach Definition der CDC</small> 1 = CDC-A1 - <u>postoperative</u> , (oberflächliche Wundinfektion) 2 = CDC-A2 - (postoperative, tiefe Wundinfektion) 3 = CDC-A3 - (Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet)

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

<u>wenn Feld 60 = 1 oder Feld „postoperative Wundinfektion“ = 1</u>	
76>	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
77-77 Weitere Prozeduren	
77	Wurden weitere knie endoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt? <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
78-93	Basisdokumentation
78-84	Intra- und postoperativer Verlauf
78	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen? 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 78 = 1	
79>	Pneumonie <i>(gemäß der CDC-Kriterien)</i> 1 = ja
80>	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en) <i>(z.B. Herzinfarkt oder Herzrhythmusstörungen)</i> 1 = ja
81>	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose 1 = ja
82>	Lungenembolie 1 = ja
83>	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion 1 = ja
neu	<u>Schlaganfall</u> 1 = ja
neu	<u>akute gastrointestinale Blutung</u> 1 = ja

neu	<u>akute Niereninsuffizienz</u> 1 = ja
neu	<u>neu aufgetretener Dekubitus</u> <i>(ab 2. Grades), alle Lokalisationen</i> 1 = ja
84>	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen 1 = ja
85-88	Postoperativer Bewegungsumfang
85	<u>Wurde das aktive Bewegungsausmaß aktiv mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?</u> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 85 = 1 und Feld 20 „Art des Eingriffs“ = 1	
86>	Extension/Flexion 1 bei Entlassung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
87>	Extension/Flexion 2 bei Entlassung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
88>	Extension/Flexion 3 bei Entlassung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grad
89-90	Gefähigkeit bei Entlassung
89	Gehstrecke bei Entlassung 1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil
90	Gehhilfen bei Entlassung 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

91-93	Entlassung Krankenhaus
91	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
92	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de □□ Schlüssel 2
93	Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10-GM) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ 9. □□□.□□ 10. □□□.□□

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1051 = Langzeitbereich Kinder
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1090 = Pädiatrie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1091 = Pädiatrie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1092 = Pädiatrie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1100 = Kinderkardiologie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1190 = Kinderkardiologie
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1191 = Kinderkardiologie
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1192 = Kinderkardiologie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1200 = Neonatologie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	1290 = Neonatologie
0190 = Innere Medizin	1291 = Neonatologie
0191 = Innere Medizin	1292 = Neonatologie
0192 = Innere Medizin	1300 = Kinderchirurgie
0200 = Geriatrie	1390 = Kinderchirurgie
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1391 = Kinderchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1392 = Kinderchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0290 = Geriatrie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
0291 = Geriatrie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0292 = Geriatrie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0300 = Kardiologie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
0390 = Kardiologie	1500 = Allgemeine Chirurgie
0391 = Kardiologie	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
0392 = Kardiologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
0400 = Nephrologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0490 = Nephrologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0491 = Nephrologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominalund Gefäßchirurgie
0492 = Nephrologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1590 = Allgemeine Chirurgie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1591 = Allgemeine Chirurgie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1592 = Allgemeine Chirurgie
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1600 = Unfallchirurgie
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1690 = Unfallchirurgie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1691 = Unfallchirurgie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1692 = Unfallchirurgie
0600 = Endokrinologie	1700 = Neurochirurgie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1790 = Neurochirurgie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1791 = Neurochirurgie
0690 = Endokrinologie	1792 = Neurochirurgie
0691 = Endokrinologie	1800 = Gefäßchirurgie
0692 = Endokrinologie	1890 = Gefäßchirurgie
0700 = Gastroenterologie	1891 = Gefäßchirurgie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1892 = Gefäßchirurgie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0790 = Gastroenterologie	1990 = Plastische Chirurgie
0791 = Gastroenterologie	1991 = Plastische Chirurgie
0792 = Gastroenterologie	1992 = Plastische Chirurgie
0800 = Pneumologie	2000 = Thoraxchirurgie
0890 = Pneumologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0891 = Pneumologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0892 = Pneumologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0900 = Rheumatologie	2090 = Thoraxchirurgie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	2091 = Thoraxchirurgie
0990 = Rheumatologie	2092 = Thoraxchirurgie
0991 = Rheumatologie	2100 = Herzchirurgie
0992 = Rheumatologie	2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1000 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	2190 = Herzchirurgie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2191 = Herzchirurgie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2192 = Herzchirurgie
	2200 = Urologie
	2290 = Urologie

Datensatz Knieendoprothesenversorgung

2291 = Urologie	3292 = Nuklearmedizin
2292 = Urologie	3300 = Strahlenheilkunde
2300 = Orthopädie	3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie	3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie	3390 = Strahlenheilkunde
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie	3391 = Strahlenheilkunde
2390 = Orthopädie	3392 = Strahlenheilkunde
2391 = Orthopädie	3400 = Dermatologie
2392 = Orthopädie	3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3490 = Dermatologie
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie	3491 = Dermatologie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	3492 = Dermatologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie	3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2425 = Frauenheilkunde	3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3600 = Intensivmedizin
2500 = Geburtshilfe	3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
2590 = Geburtshilfe	3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
2591 = Geburtshilfe	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2592 = Geburtshilfe	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2700 = Augenheilkunde	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2790 = Augenheilkunde	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2791 = Augenheilkunde	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2792 = Augenheilkunde	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2800 = Neurologie	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie	3690 = Intensivmedizin
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)	3691 = Intensivmedizin
2890 = Neurologie	3692 = Intensivmedizin
2891 = Neurologie	3700 = sonstige Fachabteilung
2892 = Neurologie	3750 = Angiologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie	3751 = Radiologie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3752 = Palliativmedizin
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3756 = Suchtmedizin
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3757 = Visceralchirurgie
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3790 = Sonstige Fachabteilung
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz	3791 = Sonstige Fachabteilung
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3792 = Sonstige Fachabteilung
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	

Schlüssel 2

- 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 BPfV 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 BPfV 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)

Ausfüllhinweise Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	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. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
Patientenidentifizierende Daten			
2	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) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
<i>bei fehlender oder unvollständiger eGK-Versichertennummer</i>			
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
3	Institutionskennzeichen	-	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. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	entlassender Standort	-	Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntG zu erfolgen. Dabei muss es

			sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle <u>für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen</u> verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	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. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
Patient			
7	einrichtungsinterne 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.
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.01. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u> .
9	Aufnahmegrund	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	-
10	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
11	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = <u>unbestimmt</u>	-
Präoperative <u>Befunde</u> <u>Anamnese</u>			
12	Gehstrecke	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.

13	Gehhilfen	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme. Gehstöcke sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
14	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 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.
15	zu operierende Seite	1 = rechts 2 = links	<u>Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.</u>
Präoperative Befunde			
16	Liegt eine Gonarthrose vor?	0 = nein 1 = primäre Gonarthrose 2 = sekundäre Gonarthrose	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.)
17	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?	0 = nein 1 = schweres Valgusknie 2 = schweres Varusknie	Ein schweres Valgus- bzw. Varusknie meint hier eine Achsabweichung von mindestens 3°.
18	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 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 Bauchaortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
19	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien 1 = aseptische Eingriffe: 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>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>3 = kontaminierte Eingriffe: 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 denen eine akute nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = septische Eingriffe: 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. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
Operation			
20	Art des Eingriffs	1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	-
21	perioperative Antibiotikaprophylaxe	0 = nein 1 = single shot 2 = Zweitgabe 3 = öfter	Die Verwendung von antibiotikahaltigem Zement ist hier nicht anzugeben. Hier ist nur die Anzahl der prophylaktischen Antibiotikagaben einzutragen, nicht jene Antibiotikagaben, die bei Vorliegen/nach Eintreten einer Infektion aus therapeutischen Gründen gegeben werden.
22	Datum des Eingriffs	Format: TT.MM.JJJJ	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.
23	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 15 Minuten Angabe ohne Warnung: ≤ 240 Minuten	-
24	Prozedur(en)	-	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

			<p>Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-822.10:R, 5-822.10:L oder 5-822.10:B. Die Dokumentation des Kodes 5-822.10 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2017-2018</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2016-2017</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2016-2017</u> aufgenommen worden ist.</p>
--	--	--	--

Teildatensatz Knieendoprothesen-Erstimplantation (E)

Knieendoprothesenerstimplantation

Anzahl der Eingriffe

25	Wievielte Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	<p>Gültige Angabe: ≥ 1</p> <p>Angabe ohne Warnung: ≤ 10</p>	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Erstimplantation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthalts es sich handelt.
----	--	---	---



Präoperative Anamnese Voroperation

26	Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja</p>	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Arthroskopien) an den gelenkbildenden (mit oder ohne Arthrotomie) sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Kniegelenks.
----	--	-------------------------------	---

Präoperative Schmerz-anamnese

27	Schmerzen	<p>0 = nein</p> <p>1 = ja, Belastungsschmerz</p> <p>2 = ja, Ruheschmerz</p>	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
----	-----------	---	---

Modifizierter Kellgren- & -Lawrence-Score

28	Osteophyten	<p>0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole</p> <p>1 = eindeutig</p>	<p>Röntgen-Beispiele</p> <p>Osteophyten</p> <p>0 = keine</p>  <p>1 = eindeutige Osteophyten</p> 
----	-------------	---	--

			<p>1 = eindeutig, große</p> <p>gelöschtes Bild</p>
29	Gelenkspalt	<p>0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = häufig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben</p>	<p>Röntgen-Beispiele</p> <p>Gelenkspalt bei Belastungsaufnahmen</p> <p>0 = nicht oder mäßig verschmälert</p> <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>1 = häufig verschmälert</p> <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben</p> <p>gelöschtes Bild</p>
30	Sklerose	<p>0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale</p>	<p>Röntgen-Beispiele</p> <p>Sklerose</p>

		<p>Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella</p>	<p>0 = keine Sklerose</p> <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>1 = mäßige Sklerose</p> <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose</p> <p>gelöschtes Bild</p> <hr/> <p>3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella</p> <p>gelöschtes Bild</p>
31	Deformierung	<p>0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung</p>	<p>Röntgenbeispiele Deformierung</p>

			0 = keine Deformierung
			gelöschtes Bild
			1 = Entrundung der Femurkondylen
			gelöschtes Bild
			2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung
			gelöschtes Bild
Implantation einer KnieSchlittenprothese			
32	Ist/Wird die Implantation einer unikondylären Knie Schlittenprothese vorgesehen durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 32 = 1			
33	Sind die ü brigen Gelenkkompartimente intakt?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt. <u>Gemeint sind die Kompartimente des Gelenkes, in welchem die unikondyläre Schlittenprothese implantiert wird.</u> 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 regelmäßig darstellt.
Schweregrad der Gelenkerzörung bei rheumatischen Erkrankungen			
34	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung

	Formenkreis mit Manifestation <u>des-am</u> betroffenen Gelenks vor?		(seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematoses, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
wenn Feld 34 = 1			
35	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 <u>multilierende/mutilierende</u> 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)

Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)

Wechsel bzw. Komponentenwechsel

Anzahl der Eingriffe

36	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Wechseloperation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthalts es sich handelt.
----	--	--	---

Präoperative Schmerzanamnese Anamnese

37	Schmerzen <u>vor der Prothesenexplantation</u>	0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
----	--	--	--

Erreger-/Infektionsnachweis

38	positive Entzündungszeichen im Labor vor <u>der</u> Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	0 = nein 1 = ja	<u>Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben. Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn positive Entzündungszeichen im Labor gemäß entsprechender Diagnostik (BSG, CRP, Leukozyten) vorliegen. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperativ Schmerzausmaß des Ersteingriffs/Explantation anzugeben.</u>
39	mikrobiologische Untersuchung vor <u>der</u> Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben. Hier können auch Ergebnisse von prästationär durchgeführten Gelenkpunktionen eingetragen werden. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben.
40	histopathologische/_r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor <u>der</u> Prothesenexplantation	0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund 2 = abriebinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des histopathologischen Befundes des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben. Abriebinduzierter Typ (Typ I): liegt dann vor, wenn histopathologische Makrophagen, multinukleäre Riesenzellen sowie metallische und oder nicht metallische Fremdkörper z. B. der Gleitpaarung oder des Knochenzements im Präparat nachgewiesen werden können.

			<p>Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile Granulozyten und Mikroabszesse auf. Nur vereinzelt sind Makrophagen und multinukleäre Riesenzellen nachweisbar.</p> <p>Mischtyp (Typ III): Stellt eine Kombination aus den Typen I und II dar. Im histopathologischen Präparat finden sich sowohl Kennzeichen der abriebinduzierten Fremdkörperreaktion als auch ein granulozytenreiches Infiltrat/Granulationsgewebe.</p> <p>Indifferenztyp (Typ IV): Das Präparat weist zellarmes, kollagenfaserreiches Bindegewebe auf, dessen Oberfläche von einer synovialisähnlichen Deckzellschicht begrenzt wird. Abriebpartikel oder eine Infektion sind nicht nachweisbar.</p>
Röntgendiagnostik/ Klinische Befunde			
41	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde <u>vor der Prothesenexplantation</u> vor?	0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 41 = 1			
42	Implantatbruch	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
43	Abrieb/Defekt des PE-Inlays	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
44	Implantatfehl- lage/Malrotation	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45	Implantatwanderung	1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
46	Lockerung der Femur-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
47	Lockerung der Tibia-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
48	Lockerung der Patella-Komponente	1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
49	Substanzverlust Femur	1 = ja	-
50	Substanzverlust Tibia	1 = ja	-
51	periprothetische Fraktur	1 = ja	-
52	<u>Endop</u> Prothesen(sub)luxation	1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Prothesen(sub)luxationen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
53	Instabilität der Seitenbänder	1 = ja	-
54	Instabilität des hinteren Kreuzbandes	1 = ja	-
55	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	1 = ja	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese
56	Patellanekrose	1 = ja	-
57	Patellaluxation	1 = ja	-
58	Patellaschmerz	1 = ja	-
59	<u>Sonstige</u>	1 = ja	-
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
60	Gab es spezifische behandlungsbedürftige <u>intra- und/oder postoperative</u> Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 60 = 1			
61	primäre Implantatfehl- lage	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.

62	sekundäre Implantatdislokation	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
63	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	1 = ja	-
64	Patellafehlstellung	1 = ja	Subluxation oder Luxation der Patella
65	OP- oder interventionsbedürftige/-s <u>Wundhämatom</u> /Nachblutung/ <u>Wundhämatom</u>	1 = ja	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.
66	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	Mit Gefäßläsion sind alle iatrogenen Verletzungen der Arterien, ggf. auch der Venen, gemeint, die einer operativen oder interventionellen Revision bedürfen. Zu den Interventionen zählt die Gabe von Blutpräparaten.
67	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	1 = Ja, nicht schmerzkatheterbedingt 2 = Ja, schmerzkatheterbedingt	Der Begriff Nervenschaden wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist und bei Entlassung persistiert. Für diese Komplikation erfolgt eine Erfassung danach, ob Patienten mit oder ohne Schmerzkatheter versorgt wurden.
68	periprothetische Fraktur	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.
70	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
72	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	1 = ja	-
73	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	1 = ja	-
74	Fraktur der Patella	1 = ja	-
75	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	-
neu	<u>postoperative Wundinfektion</u>	<u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u>	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u> <u>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</u> <u>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</u>
<u>wenn Feld „postoperative Wundinfektion“ = 1</u>			

postoperative Wundinfektionstiefe (nach CDC-Definition)

1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion
 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion
 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet
 1 = CDC A1 (oberflächliche Infektion)
 2 = CDC A2 (postoperative tiefe Infektion)
 3 = CDC A3 (Organe/Körperhöhle im OP-Gebiet)

CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:
<http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen>

A 1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion

Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht,

und

eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.
2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision.
3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung.

und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.
 4. Diagnose des behandelnden Arztes.

A 2 Postoperative tiefe Wundinfektion

Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat (1) in situ belassen),

und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen

und erfasst Faszien- und Muskelgewebe,

und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.
2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit.

Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.

3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.
4. Diagnose des behandelnden Arztes.

A 3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet

Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen),

und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen

und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde.

A3-Infektionen sind u.a.: Sepsis, Bakteriämie, Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.

und eines der folgenden Kriterien trifft zu:

1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.
2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.
3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.
4. Diagnose des behandelnden Arztes.

¹ *Definition Implantat:* Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht menschlicher Herkunft, der einem Patienten

			während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen [vom Schwein oder synthetisch])- Menschliche Spenderorgane (Transplantate wie z.B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen).
wenn Feld 60 = 1 oder wenn Feld „postoperative Wundinfektion“ = 1			
76	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	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.
Weitere Prozeduren			
77	Wurden weitere <u>knie</u> endoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Für weitere Wechselprozeduren oder Prozeduren auf der kontralateralen Seite innerhalb eines stationären Aufenthaltes, bitte einen neuen Prozedurbogen + anlegen. Dies gilt auch bei einer Zusammenlegung von Fällen.
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Intra- und postoperativer Verlauf			
78	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren sind alle behandlungsbedürftigen Komplikationen.
wenn Feld 78 = 1			
79	Pneumonie	1 = ja	<u>Pneumoniekriterien nach CDC</u> <u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/)-</u>
80	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	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
81	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
82	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
83	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion	1 = ja	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/)</u> <u>D 1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und</u> <u>D 1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter-</u>
neu	<u>Schlaganfall</u>	1 = ja	-
neu	<u>akute gastrointestinale Blutung</u>	1 = ja	-
neu	<u>akute Niereninsuffizienz</u>	1 = ja	-
neu	<u>neu aufgetretener Dekubitus</u>	1 = ja	<u>Dekubitus Grad 2 ist in Anlehnung an die Leitlinie zur Dekubitus-Prävention der European Pressure Ulcer Advisory Panel und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) in deutscher Übersetzung wie folgt definiert:</u> <u>Kategorie/Stufe/Grad 2: Teilverlust der Haut</u> <u>Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als falsches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluteruss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebeerreißen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen,</u>

			<u>Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben.</u> <u>* Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.</u>
84	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	1 = ja	z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.
Postoperativer Bewegungsumfang			
85	<u>Wurde das aktive</u> Bewegungsausmaß <u>aktiv</u> mit <u>der</u> Neutral-Null- Methode <u>bei Entlassung</u> bestimmt?	0 = nein 1 = ja	Neutral-0-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) Extension/Flexion (aktiv) 10° / 0° / 150° Beispiel für ein Streckdefizit: 0° / 5° / 140° * (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.
wenn Feld 85 = 1 und „Art des Eingriffs“ = 1			
86	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	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.
87	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	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.
88	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	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.
Gehfähigkeit bei Entlassung			
89	Gehstrecke bei Entlassung	1 = unbegrenzt 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Es gilt als gehfähig im Sinne des Indikators, wer auf der Stationsebene mobil ist bzw. eine Gehstrecke von mindestens 50 m mit Gehhilfen (Rollator/Gehbock, Unterarmgehstützen etc.) bewältigen kann.
90	Gehhilfen bei Entlassung	0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ <u>Gehstock</u> 2 = Rollator/Gehbock	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Gehstöcker sind an dieser Stelle unter "Unterarmgehstützen" zu dokumentieren.

		3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	
Entlassung Krankenhaus			
91	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng bei e inander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung 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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 10.01. 2016 <u>2017</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2016 <u>2017</u> bis zum 20.1. 2016 <u>2017</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2016 <u>2017</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2016 <u>2017</u>
92	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	-
93	Entlassungsdiagnose(n) (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 2017 <u>2018</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2016 <u>2017</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2016 <u>2017</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 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, 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
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung
3791 = Sonstige Fachabteilung
3792 = Sonstige Fachabteilung

Schlüssel 2

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- und teilstationärer Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Knieendoprothese oder unikondylären ~~Knies~~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 201~~7~~6 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 201~~8~~7

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.201~~7~~6' UND AUFNDATUM <= '31.12.201~~7~~6' UND ENTLDATUM <= '31.01.201~~8~~7'

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

ICD-Kode	Titel
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 Gelenknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenknorpels: 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]

ICD-Kode	Titel
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]

ICD-Kode	Titel
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

ICD-Kode	Titel
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

OPS-Kode	Titel
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
5-823.19	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Inlaywechsel
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
5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel
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
<u>5-823.50</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarückfläche, nicht zementiert</u>
<u>5-823.51</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarückfläche, zementiert</u>
<u>5-823.52</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, nicht zementiert</u>
<u>5-823.53</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, (teil-)zementiert</u>
<u>5-823.54</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert</u>
<u>5-823.55</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert</u>
5-823.b0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel
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.f0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Nur Inlaywechsel
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
<u>5-823.g</u>	<u>Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese</u>

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

Harmonisierung der orthopädischen Module

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
Basis		Basis		Basis	
1-12	Basisdokumentation	1-14	Basisdokumentation	1-13	Basisdokumentation
		1-1	Art der Versicherung	1-1	Art der Versicherung
		1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
		2-2	Patientenidentifizierende Daten	2-2	Patientenidentifizierende Daten
		2	eGK-Versichertennummer	2	eGK-Versichertennummer
		bei fehlender oder unvollständiger Identifikation des Patienten		bei fehlender oder unvollständiger Identifikation des Patienten	
		neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.
		3-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten	3-6	Leistungserbringeridentifizierende Daten
1	Institutionskennzeichen	3	Institutionskennzeichen	3	Institutionskennzeichen
2	entlassender Standort	4	entlassender Standort	4	entlassender Standort
3	Betriebsstätten-Nummer	5	Betriebsstätten-Nummer	5	Betriebsstätten-Nummer
4	Fachabteilung	6	Fachabteilung	6	Fachabteilung
5-7 Patient		7-12 Patient		7-11 Patient	
5	Identifikationsnummer des Patienten	7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	7	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten
(8)	Aufnahmedatum Krankenhaus	8	Aufnahmedatum Krankenhaus	8	Aufnahmedatum Krankenhaus
(9)	Aufnahme <u>zeit</u> punkt Krankenhaus	9	Aufnahme <u>zeit</u> punkt Krankenhaus		
		10	Aufnahmegrund	9	Aufnahmegrund
6	Geburtsdatum	11	Geburtsdatum	10	Geburtsdatum
7	Geschlecht	12	Geschlecht	11	Geschlecht
(17)	[bis Pflegegrad] Präoperative Anamnese	13-14	Präoperative Anamnese	12-13	Präoperative Anamnese Befunde
(17)	vorbestehende Koxarthrose	27	vorbestehende Koxarthrose		

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
10	Frakturereignis	28	Frakturereignis		
wenn Feld 10 = 2		wenn Feld 28 = 2			
11	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	29	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)		
12	Zeitpunkt der Fraktur	30	Zeitpunkt der Fraktur		
(15)	Frakturlokalisierung	31	Frakturlokalisierung		
wenn Feld 15 = 1		wenn Feld 31 = 1			
(16)	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	32	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden		
(18)	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	33	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen		
wenn Feld 18 = 1		wenn Feld 33 = 1			
(19)	Art der Medikation	34	Art der Medikation		
(20)	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	13	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	12	Gehstrecke
(21)	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	14	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	13	Gehhilfen
neu	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	neu	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?		
Prozedur		Prozedur		Prozedur	
		15-24 Prozedur		14-24 Prozedur	
		15-16 Eingriff		14-15 Eingriff	
		15	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	14	Wievielter knieendprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?
		16	zu operierende Seite	15	zu operierende Seite
13-21 13-14 Anamnese/Diagnostik	Präoperative Befunde	17-18 Präoperative Befunde		16-19 Präoperative Befunde	
				16	Liegt eine Gonarthrose vor?
				17	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?
13	Einstufung nach ASA-Klassifikation	17	Einstufung nach ASA-Klassifikation	18	Einstufung nach ASA-Klassifikation
14	Wundkontaminationsklassifikation	18	Wundkontaminationsklassifikation	19	Wundkontaminationsklassifikation
22-27	Operation	19-23	Operation	20-24	Operation
		19	Art des Eingriffs	20	Art des Eingriffs
22	OP-Datum des Eingriffs	20	Datum des Eingriffs	22	Datum des Eingriffs
				24	perioperative Antibiotikaprophylaxe
23	Uhrzeit OP-Beginn des Eingriffs	21	Beginn des Eingriffs		
(25)	Dauer des Eingriffs	22	Dauer des Eingriffs	23	Dauer des Eingriffs
24	Operation Prozedur(en)	23	Prozedur(en)	24	Prozedur(en)
26	perioperative Antibiotikaprophylaxe	24-24	Desoperatives Management		
27	Operationsverfahren	24	perioperative Antibiotikaprophylaxe		

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
		40	Extension/Flexion 2		
		41	Extension/Flexion 3		
		42	Ab-/Adduktion 1		
		43	Ab-/Adduktion 2		
		44	Ab-/Adduktion 3		
		45	Außen-/Innenrotation 1		
		46	Außen-/Innenrotation 2		
		47	Außen-/Innenrotation 3		
		48-51	Modifizierter Kellgren & Lawrence-Score	28-31	Modifizierter Kellgren & Lawrence-Score
		48	Osteophyten	28	Osteophyten
		49	Gelenkspalt	29	Gelenkspalt
		50	Sklerose	30	Sklerose
		51	Deformierung	31	Deformierung
				32-33	Implantation einer Knie Schliittenprothese
				32	ist Wird die Implantation einer unikondylären Knie Schliittenprothese vergesehen durchgeführt?
				wenn Feld 32 = 1	
				33	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?
		52-53	Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen	34-35	Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen
		52	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation an der am betroffenen Seite Gelenk vor?	34	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation des am betroffenen Gelenks vor?
		wenn Feld 52 = 1		wenn Feld 34 = 1	
		53	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	35	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)
			Wechsel bzw. Komponentenwechsel		Wechsel bzw. Komponentenwechsel
		54-73	Wechsel bzw. Komponentenwechsel	36-59	Wechsel bzw. Komponentenwechsel
		54-54	Anzahl der Eingriffe	36-36	Anzahl der Eingriffe
		54	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	36	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?
		55-55	Präoperative Anamnese / Diagnostik	37-37	Präoperative Schmerz Anamnese
		55	Schmerzen vor der Prothesenimplantation	37	Schmerzen vor der Prothesenimplantation
		56-58	Entzündungszeichen / Erreger-/ Infektionsnachwe	38-40	Erreger-/Infektionsnachweis
		56	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenimplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	38	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenimplantation (BSG, CRP, Leukozyten)

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
		57	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	39	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation
		58	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprotetischen Membran) präoperativ -vor der Prothesenexplantation	40	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprotetischen Membran) vor der Prothesenexplantation
		59-73	Röntgendiagnostik / K linische Befunde	41-59	Röntgendiagnostik/Klinische Befunde
		59	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	41	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?
		wenn Feld 59 = 1		wenn Feld 41 = 1	
		60	Implantatbruch	42	Implantatbruch
		61	Implantatabrieb/-verschleiß	43	Abrieb/Defekt des PE-Inlays
		62	Implantatfehlage der Pfanne		
				44	Implantatfehlage/Malrotation
				45	Implantatwanderung
		63	Implantatfehlage des Schafsis		
		64	Lockerung der Pfannenkomponente		
		65	Lockerung der SchafsisKomponente		
				46	Lockerung der Femur-Komponente
				47	Lockerung der Tibia-Komponente
				48	Lockerung der Patella-Komponente
				49	Substanzverlust Femur
				50	Substanzverlust Tibia
		66	Osteolyse der Pfanne		
		67	Osteolyse des Femurs		
		68	periprotetische Fraktur		
				51	periprotetische Fraktur
		69	(rezidiierende) Endoprothesen(sub)luxation	52	EndopProthesen(sub)luxation
				53	Instabilität der Seitenbänder
				54	Instabilität des hinteren Kreuzbandes
				55	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose
				56	Patellanekrose
				57	Patellaluxation
				58	Patellaluxation
		70	großer Knochendefekt Pfanne		
		71	großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)		

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
		84	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	71	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder
				72	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes
				73	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae
				74	Fraktur der Patella
		wenn Feld 30 = 1 oder wenn Feld 38 = 1		wenn Feld 60 = 1 oder wenn Feld „postoperative Wundinfektion = 1	
40	Reoperation wegen ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikation(en) erforderlich	86	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	76	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen
		87-87	Weitere Prozeduren	77-77	Weitere Prozeduren
		87	Wurden weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	77	Wurden weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?
		Basis		Basis	
		88-108	Basisdokumentation	78-93	Basisdokumentation
		88-98	Intra- und postoperativer Verlauf	78-84	Intra- und postoperativer Verlauf
41	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)?	88	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	78	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?
		wenn Feld 41 = 1		wenn Feld 78 = 1	
42	Pneumonie	89	Pneumonie	79	Pneumonie
43	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	90	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	80	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)
44	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	91	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	81	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
45	Lungenembolie	92	Lungenembolie	82	Lungenembolie
neu	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	93	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion	83	postoperative katheterassoziierte Harnwegsinfektion
neu	Schlaganfall	94	Aplex Schlaganfall	neu	Schlaganfall
neu	akute gastrointestinale Blutung	95	akute gastrointestinale Blutung	neu	akute gastrointestinale Blutung
neu	akute Niereninsuffizienz	96	akute Niereninsuffizienz	neu	akute Niereninsuffizienz
neu	neu aufgetretener Dekubitus	97	neu aufgetretener Dekubitus	neu	neu aufgetretener Dekubitus
46	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	98	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	84	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen
NEU (6 Felder) Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren		99-104 Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 50 Jahren			
neu	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	99	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?		

17/1		HEP		KEP	
Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung	Zeile	Bezeichnung
neu	Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	100	Wurden Präventions Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen? (s. auch Pflegedokumentation)		
wenn Feld = 1	Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	wenn Feld 100 = 1			
neu	Patient hat Gehtraining erhalten	101	Patient hat Gehtraining erhalten		
neu	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	102	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert		
neu	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	103	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst		
neu	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	104	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt		
		105-108	Postoperativer Bewegungsumfang	85-88	Postoperativer Bewegungsumfang
		105	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?		
				85	Wurde das aktive Bewegungsausmaß aktiv mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?
		wenn Feld 105 = 1 und Feld „Art des Eingriffs“ = 2		wenn Feld 85 = 1 und Feld 20 „Art des Eingriffs“ = 2	
		106	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	86	Extension/Flexion 1 bei Entlassung
		107	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	87	Extension/Flexion 2 bei Entlassung
		108	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	88	Extension/Flexion 3 bei Entlassung
47-51	Gefähigkeit bei Entlassung	109-113	Gefähigkeit bei Entlassung	89-90	Gefähigkeit bei Entlassung
47	Gehstrecke bei Entlassung	109	Gehstrecke bei Entlassung	89	Gehstrecke bei Entlassung
48	Gehhilfen bei Entlassung	110	Gehhilfen bei Entlassung	90	Gehhilfen bei Entlassung
49-51	Entlassung Krankenhaus	111-113	Entlassung Krankenhaus	91-93	Entlassung Krankenhaus
49	Entlassungsdatum Krankenhaus	111	Entlassungsdatum Krankenhaus	91	Entlassungsdatum Krankenhaus
(51)	Entlassungsgrund	112	Entlassungsgrund	92	Entlassungsgrund
50	Entlassungsdiagnose(n)	113	Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10-GM)	93	Entlassungsdiagnose(n) (ICD-10-GM)

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.

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

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
Alle (z.B. 09/1)	Zusatzcode OPS 5-995			Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, kann statt des Datensatzes ein MDS dokumentiert werden.
09/1	5-377.0		permanente transvenöse Schrittmacher	permanente epikardiale Schrittmacher
09/1	5-377.x		permanente transvenöse Schrittmacher	temporäre Schrittmacher sind nicht QS-relevant und in der Regel zu kodieren mit: 8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus <i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden 8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus <i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden 8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ Hinweis: Dieser Kode ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird. Sollten Codes des Bereichs 5-377.x zur Anwendung kommen, ist der MDS auszufüllen.

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
10/2				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 beachtet 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.
16/1				Es kann sein, dass in seltenen Fällen die QS- Dokumentationspflicht durch die Kodierung von geburtshilflichen Prozedurenkodes bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von unter 500 g und bei (Spät-) Aborten (Fetalgewicht unter 500 g) ausgelöst wird. Bei Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von über 500 g wird bei Anwendung der deutschen Kodierrichtlinien die QS-Dokumentationspflicht über die ICD-Kodierung (z.B. Z.37.1!) ausgelöst. Induzierte Schwangerschaftsabbrüche sollen unabhängig vom Fetalgewicht, jedoch nicht in der externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe, erfasst werden. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
16/1				Auch (Spät-) Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g, bei denen der QS-Filter aufgrund von geburtshilflichen OPS- Prozeduren die Dokumentationspflicht auslöst, sind über den MDS zu dokumentieren.

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
<u>16/1</u>				<p>Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtsnummer vergeben wird (Fetalgewicht unter 500 g, gemäß Personenstandsgesetz), einen eigenen Nummernkreis (9999) anzulegen und die Fälle so über den geburthilflichen Datensatz zu dokumentieren. Durch die Möglichkeit eines MDS entfällt diese Regelung.</p> <p><u>Für anonyme Geburten und Babyklappen-Kinder liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</u></p>
17/1			tumorbedingte Hüftfraktur/Femurfraktur	Die osteosynthetische Versorgung einer tumorbedingten Hüftfraktur/Femurfraktur ist mit einem MDS zu dokumentieren.
HEP	TEP_Implantation und TEP-Wechsel		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.	
KEP	TEP_Implantation und TEP-Wechsel		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.	

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
18/1				Die operative Entfernung von Haut-(Fern)-Metastasen eines Mammakarzinoms kann je nach Lokalisation und verwendeten OPS-Kodes eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 auslösen. Hier ist ein MDS zu dokumentieren.
DEK				Wird ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.
NEO				Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten vier Lebensmonate 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. Geburtstag kontinuierlich stationär behandelt werden. 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 innerhalb der ersten vier Lebensmonate von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen und von dort in ein weiteres Krankenhaus verlegt 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.
NEO				Für gesunde Kinder, die mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten SSW geboren sind, länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden und aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2) behandelt werden, soll ein MDS angelegt werden.

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
NEO				Die Erhebung von Kindern mit einem Gestationsalter von < 22+0 SSW ist in diesem Verfahren nicht vorgesehen. Daher soll für diese Kinder ein MDS dokumentiert werden.
PNEU				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 §§ ~~137-136~~ ff. SGB V

Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)
gemäß § 23 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung (QSKH-RL)
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § ~~137~~ Abs. 1 Satz ~~3~~ Nr. 1 SGB V i. V.
m. H. § 135a SGB V

zur Mitteilung an die Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	2016 <u>2017</u>
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
Entlassender Standort:	
QS-Filter-Software / Version:	/
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	
<hr/>	
Gesamtzahl vollstationärer Krankenhaufälle (Erfassungsjahr) ¹ :	
Gesamtzahl vollstationärer Krankenhaufälle (Vorjahr) ² :	
Auf Bundesebene nicht dokumentationspflichtige Fälle ³ :	
<hr/>	
Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren) ⁴ :	
<hr/>	
Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):	
Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):	
Im Krankenhaus verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (K):	

¹ Berücksichtigte Versorgungsformen: DRG-Fälle, iV-Fälle, DMP-Fälle und Sonstige (Aufnahme im Erfassungsjahr)

² Alle Fälle der berücksichtigten Versorgungsformen mit Aufnahme im Vorjahr, die im Erfassungsjahr entlassen wurden

³ Alle vollstationären Fälle der nicht berücksichtigten Versorgungsformen und nicht dokumentationspflichtige Fälle der eingeschlossenen Versorgungsformen

⁴ Alle Fälle der berücksichtigten Versorgungsformen ab 20 Jahren, die im Erfassungsjahr entlassen wurden (Aufnahme im Vorjahr oder im Erfassungsjahr)

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):

Leistungsbereich	Aufn.-Jahr	<u>Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal</u>					Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Von Gesamtzahl Anteil: GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		<u>1. Quartal 2017</u>	<u>2. Quartal 2017</u>	<u>3. Quartal 2017</u>	<u>4. Quartal 2017</u>	<u>1. Quartal 2018</u>						
09/1	<u>2017</u>											
09/2	<u>2017</u>											
09/3	<u>2017</u>											
09/4	<u>2017</u>									-		
09/5	<u>2017</u>									-		
09/6	<u>2017</u>									-		
10/2	<u>2017</u>									-		
15/1	<u>2017</u>									-		
16/1	<u>2017</u>									-		
17/1	<u>2017</u>									-		
18/1	<u>2017</u>									-		
DEK ⁵	<u>2016</u>									-		
DEK ⁶	<u>2017</u>									-		
HCH	<u>2017</u>									-		
HTXM ⁵	<u>2016</u>									-		
HTXM ⁶	<u>2017</u>									-		
HEP	<u>2017</u>											

⁵ in 2015 aufgenommen und in 2016 entlassen

⁶ in 2016 aufgenommen und in 2017 entlassen

Leistungsbereich	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal					Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iv-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Von Gesamtanzahl Anteil: GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2017	2. Quartal 2017	3. Quartal 2017	4. Quartal 2017	1. Quartal 2018						
KEP	2017											
LLS	2017											
LTX ⁵	2016					-						
LTX ⁶	2017					-						
LUTX ⁵	2016					-						
LUTX ⁶	2017					-						
NEO ⁵	2016					-						
NEO ⁶	2017					-						
NLS	2017											
PNEU	2017											
PNTX ⁵	2016					-						
PNTX ⁶	2017					-						

⁵ in 2016 aufgenommen und in 2017 entlassen

⁶ in 2017 aufgenommen und in 2017 entlassen

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (Z):

Leistungsbereich	Aufn.-Jahr	<u>Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal</u>				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Von Gesamtzahl: GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		<u>1. Quartal 2017</u>	<u>2. Quartal 2017</u>	<u>3. Quartal 2017</u>	<u>4. Quartal 2017</u>						
HCH_ENDO ⁷	<u>2017</u>										
HCH_TRAP ⁷	<u>2017</u>										
HEP_IMP ⁸	<u>2017</u>										
HEP_WE ⁸	<u>2017</u>										
KEP_IMP ⁹	<u>2017</u>										
KEP_WE ⁹	<u>2017</u>										
HTXM_TX ¹⁰	<u>2016</u>										
HTXM_TX ^{Fehler!}	<u>2017</u>										
HTXM_MKU ^{Fehler!}	<u>2016</u>										
HTXM_MKU ^{Fehler!}	<u>2017</u>										

⁷ Teilmenge des Leistungsbereiches HCH

⁸ Teilmenge des Leistungsbereiches HEP

⁹ Teilmenge des Leistungsbereiches KEP

¹⁰ Teilmenge des Leistungsbereiches HTXM

Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):

Leistungsbereich	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal					Datensätze aus DRG- Fällen	Datensätze aus IV-Fäl- len	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Von Gesamt- zahl: GKV	Gesamt: An- zahl Datens- ätze
		1. Quar- tal 2017	2. Quar- tal 2017	3. Quar- tal 2017	4. Quar- tal 2017	1. Quar- tal 2018						
12/1 (nur Hessen)	<u>2017</u>										-	
15/1 (nur Hessen)	<u>2017</u>										-	
SA_FRUEHREHA_H E ¹¹ (nur Hessen)	<u>2016</u>					-					-	
SA_FRUEHREHA_H E ¹² (nur Hessen)	<u>2017</u>					-					-	
SA_HE (nur Hessen)	<u>2017</u>										-	
80/1 (nur BW)	<u>2017</u>										-	
85/1 (nur Bayern)	<u>2017</u>										-	
APO_RP (nur RP)	<u>2017</u>										-	

¹¹ in 2016 aufgenommen und in 2017 entlassen

¹² in 2017 aufgenommen und in 2017 entlassen

Konformitätserklärung der Geschäftsführung zur Sollstatistik

Hiermit bestätigen wir die Übereinstimmung der methodischen Sollstatistik für das Erfassungsjahr ~~2016~~2017 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 § 23 Abs. 2 der ~~Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung (QSKH-RL) für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (QSKH-Richtlinie) gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V i.V. mit § 135a SGB V~~ erstellt und ist an die zuständige Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung als die von der Landesebene beauftragten Stelle zu übersenden.

Die Übermittlung erfolgt elektronisch als Datensatz gemäß ~~AQUA~~-Spezifikation für QS-Filter-Software ~~20162017~~ (<http://www.sgg.de/datenservice/spezifikationen-downloads/index.html>) und als unterschriebener Papierausdruck per Post. Dieser enthält die sog. Konformitätserklärung.

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):

Für die auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierenden Datensätze besteht eine Dokumentationspflicht nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 der ~~Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung QSKH-RL für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V i.V. mit § 135a SGB V.~~

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (Z):

Die auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierenden Zählleistungsbereiche erfassen für definierte Verfahren spezifische Teilmengen der zu dokumentierenden Datensätze (B).

Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):

Für die auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierenden Datensätze besteht eine Dokumentationspflicht nach Maßgabe der für das jeweilige Bundesland gültigen Landesverträge.

~~Im Krankenhaus verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (K):~~

~~Für die im Krankenhaus verpflichtend zu dokumentierenden Datensätze besteht keine Dokumentationspflicht nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 und keine Nachweispflicht nach § 23 Abs. 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V i. V. mit § 135a SGB V.~~

„Von Gesamtzahl: GKV“

Die Zahl gibt bei den einzelnen Leistungsbereichen an, für wie viele GKV-Patienten eine Dokumentationspflicht besteht. Fälle gelten als GKV-Fälle, wenn das Institutionskennzeichen der Krankenkasse von der Versicherungskarte des Patienten mit 10 beginnt. Bei diesen Fällen soll ein Follow-up anhand pseudonymisierter Versichertendaten ermöglicht werden.