

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2018 zur Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Vom 15. Juni 2017

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Juni 2017 auf Grundlage von § 4 Absatz 1 Satz 3 der Richtlinie gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern - QSKH-RL) die Änderungen der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2018 (**Anlage 1**) nach Maßgabe der „Empfehlungen zur Spezifikation 2018 – Erläuterungen“ (**Anlage 2**) beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Filter- und Dokumentationssoftware gemäß den „Empfehlungen zur Spezifikation 2018“ zur QSKH-RL.

Die Spezifikation zur QSKH-RL für das Erfassungsjahr 2018 einschließlich der technischen Dokumentation 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 15. Juni 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2018

Dokumente zu QS-Verfahren gemäß QSKH-RL

Stand: 15. Mai 2017

Impressum

Thema:

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2018.
Dokumente zu QS-Verfahren gemäß QSKH-RL

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

22. Februar 2017, korrigierte Fassung vom 15. Mai 2017

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

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2018 für die 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
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
KEP	Knieendoprothesenversorgung
NEO	Neonatologie
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie

Spezifikationsänderung für das Erfassungsjahr 2018 für die direkten Verfahren

HCH	Herzchirurgie
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen
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

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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018-2019~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017-2018~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017-2018~~' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018-2019~~'

Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL_OPS

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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
<u>neu</u>	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
<u>neu</u>	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
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. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-

			Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Basisdokumentation			
4	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP.</u> <u>Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“</u>

			<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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
12	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	<p>Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA).</p> <p>Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]“</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
13	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 Vorhofffropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	<p>das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom</p>

14	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	Zu dokumentieren ist die NYHA-Klasse VOR der Implantation des Schrittmachers.
15	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 paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges	Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ ist nicht unter "Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern" sondern unter "Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren.
16	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	<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). 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
17	Persistenz der Bradykardie	<input type="checkbox"/> 1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	-
18	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	<input type="checkbox"/> 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
19	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I), sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die

			sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
20	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig 8 = unbekannt	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum-Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem Serum-Kreatininwert von > 1,5 mg/dl bzw. 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.
Präoperative Diagnostik			
Indikationsbegründende EKG-Befunde			
21	Vorhofrhythmus	<input type="checkbox"/> 1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	(1) gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung <u>Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4):</u> Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt. Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhofrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
22	AV-Block	<input type="checkbox"/> 0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.
23	intraventrikuläre Leitungsstörungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige	-
24	QRS-Komplex	<input type="checkbox"/> 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	-
25	Pausen außerhalb von Schlafphasen	<input type="checkbox"/> 0 = keine Pause 1 = <= 3 s 2 = > 3 s bis <= 6 s	Die Information über die Pausen stammt oft aus dem Langzeit-EKG, die Pausen können auch aus dem Ruhe-EKG stammen, selten

		3 = > 6 s 4 = nicht bekannt	aus einer Monitorüberwachung im Krankenhaus.
26	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	<input type="checkbox"/> 0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	-
27	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen	<input type="checkbox"/> 1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = >= 50/min 4 = nicht bekannt	Die Spontanfrequenz kann dem Ruhe-EKG oder der Monitorfrequenz bei OP entnommen werden. Ein Langzeit-EKG ist nicht gefordert.
Linksventrikuläre Funktion			
28 (28.1)	Ejektionsfraktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 % EF	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.
29 (28.2)	EF nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Zusätzliche Kriterien			
wenn Feld 15 IN (1;5;7)			
30	AV-Knotendiagnostik	<input type="checkbox"/> 0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	Falls mehrere der unter den Schlüssel 1 bis 3 aufgeführten Befunde vorliegen, ist der wichtigste/für die Indikation entscheidende Befund zu dokumentieren.
wenn Feld 15 IN (6;8;9)			
31	neurokardiogene Diagnostik	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	-
wenn Feld 15 = 7			
32	Kammerfrequenz regelmäßig	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 15 IN (1;5;6)			
33	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung
wenn Feld 15 IN (9;10)			
34	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	z.B. Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation
Operation			
35	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
36	Operation	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs 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"/>	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

		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"/> OPS http://www.dimdi.de	2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			
37 (37.1)	Vena cephalica	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
38 (37.2)	Vena subclavia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39 (37.3)	andere	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
40	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
41 (41.1)	Dosis-Flächen-Produkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: <= 50000 (cGy)* cm ²	-Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm ² kann 0 (cGy)* cm ² als Wert eingetragen werden.
42 (41.2)	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.-
neu (41.3)	keine Durchleuchtung durchgeführt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)			
Schrittmachersystem			
43	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</u> • <u>DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u>

			<ul style="list-style-type: none"> sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn Feld 43 IN (2;3;5;9)			
44 (44.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
45 (44.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 43 IN (2;3;4;5;9)			
46 (46.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
47 (46.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 43 IN (1;3;4;5;6;9)			
48 (48.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
49 (48.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
50 (50.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
51 (50.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
52	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	<input type="checkbox"/> 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 52 = 1			
53	Position: Dimension 1	<input type="checkbox"/> 1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
54	Position: Dimension 2	<input type="checkbox"/> 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 43 IN (5;6;9) oder wenn Feld 52 = 1			
55 (55.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
56 (55.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
57	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 57 = 1			
58	Asystolie	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
59	Kammerflimmern	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ja	-
neu (58.1)	<u>kardiopulmonale Reanimation</u>	<input type="checkbox"/> <u>1 = ja</u>	-
60 (58.2)	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
61 (58.3)	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
62 (58.4)	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
63 (58.5)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
64 (58.6)	Sondendislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
67 (58.7)	Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
70 (58.8)	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.

			Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
71 (58.9)	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 64 <> LEER			
verschieben (65 (65.1))	Sondendislokation im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
verschieben (66 (65.2))	Sondendislokation im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 67 <> LEER			
verschieben (68 (68.1))	Sondendysfunktion im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
verschieben (69 (68.2))	Sondendysfunktion im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
Entlassung			
72	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
73	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
74	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/>	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

	5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ ... <u>30.□□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10- GM-Katalog: Im Jahr 201 9 ⁸ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen ICD-10-GM- Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
--	---	--

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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)

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz</p>

	<p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>
--	---

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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018-2019~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017-2018~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017-2018~~' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018-2019~~'

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 Vorhofolektrode
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 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
5-378.7b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofolektrode
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 Vorhofolektrode

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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Herzschriftmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
neu	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
neu	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen: nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen: pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
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.
3	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.

	Entlassungszeitpunkt nicht vor.		
Basisdokumentation			
4	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u> <u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u>
6	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter

			<p>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>
7	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
8	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
10	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
12	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	<p>Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA).</p> <p>Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient)</p>

			<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			
13	Indikation zum Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/> 1 – Batterieerschöpfung 2 – Fehlfunktion/Rückruf 9 – sonstige aggregatbezogene Indikation	-
14	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	<input type="checkbox"/> 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
Operation			
15	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<p><u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u></p> 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"/> OPS http://www.dimdi.de	<p><u>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</u></p> Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
17	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			

Implantiertes Schrittmachersystem			
18	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</u> • <u>DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
Belassene Schrittmacher-Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 18 IN (2;3;5;9)			
19 (19.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
20 (19.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 18 IN (2;3;4;5;9)			
21 (21.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15 mV	intraoperative Messung
22 (21.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 18 IN (1;3;4;5;6;9)			
23 (23.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 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.
24 (23.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/>	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des

		Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
25 (25.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
26 (25.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 18 IN (5;6;9)			
27 (27.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
28 (27.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems			
Explantiertes Schrittmachersystem			
29	Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: JJJJ	-
30	Jahr der Implantation nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
31	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 31 = 1			
32	Asystolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
33	Kammerflimmern	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
neu (32.1)	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
34 (32.2)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35 (32.3)	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
36 (32.4)	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
37	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung

			<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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
38	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
39	Entlassungsdiagnose(n)	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ ... 30. □□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 201 98 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 87 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 87 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz 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~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_KONV_OPS

OPS-Kode	Titel
5-378.00	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.01	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.02	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.0a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.0b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.18	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher
5-378.1a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Synchronisationssystem
5-378.20	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.21	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.22	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.2a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode

5-378.2b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.30	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.31	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.32	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.3a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.3b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.40	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.41	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.42	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.4a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.4b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.60	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.61	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.62	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.6a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.6b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.70	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.71	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.72	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.7a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.7b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.80	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
5-378.81	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
5-378.82	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
5-378.8a	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
5-378.8b	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
5-378.b0	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher 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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
neu	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
neu	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
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.

			Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3	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			
4	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen</u>

		<p>1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt</p>	<p>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.</p>
13	Wundkontaminationsklassifikation	<p>☐ nach Definition der CDC</p> <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> <p>• 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> <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.</p>

			<p>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			
14	Indikation zum Eingriff am Aggregat	<input type="checkbox"/> <u>0 = keine aggregatbezogene Indikation</u> 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	<p>Revision wegen eines Aggregatsproblems oder vorzeitigem Aggregataustausch</p> <p>„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>Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>
15	Taschenproblem	<input type="checkbox"/> <u>0 = kein Taschenproblem</u> 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	<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 schmerzhafte Aggregat-Tasche oder eine zu weit lateral, medial kranial oder kaudal gelegene Aggregat-Tasche (alle Arten extrakardialer Mitstimulation, z.B. Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken, sind als Sondenproblem zu dokumentieren).</p> <p>Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.</p>

16	Sondenproblem	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
Spezielle Indikation zur Revision/ Explantation von Sonden			
wenn Feld 16 <> LEER			
17	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 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.
18	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 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.
19	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 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			
20	OP-Datum	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
21	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	<input type="checkbox"/> 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsetzend/ambulant, andere Institution	-
22	Operation	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 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"/>	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 2018 9 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2017-2018 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der

		<p>5. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>OPS http://www.dimdi.de</p>	Patient am 31.12. 2017 <u>2018</u> aufgenommen worden ist.
23	Dauer des Eingriffs	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Schnitt-Nahtzeit</p> <p>Angabe in: Minuten Gültige Angabe: → 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5- 240 Minuten</p>	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			
24	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein, da Explantation 1 = ja	-
wenn Feld 24 = 1			
25	aktives System (nach dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	<p>Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</u> • <u>DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsselw (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
Schrittmacher-Aggregat			
wenn Feld 24 = 1			
26	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	Bei <u>SystemAggregat</u> wechsel hier "Neuimplantation" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Aggregat) Art des Vorgehens "Explantation" bzw. "Stilllegung" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung des alten Schrittmacher-Aggregats muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
wenn Feld 26 IN (0;2;9)			
27 (27-1)	Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-

		Format: JJJJ	
28 (27.2)	Jahr der Implantation nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Jahr der Implantation 1 = ja	-
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn Feld 25 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	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen; analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Explantation“ bzw. „Stilllegung“ eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
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 25 IN (2;3;5;9)			
31 (31.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
32 (31.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 25 IN (2;3;4;5;9)			
33 (33.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
34 (33.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 25 IN (1;3;4;5;6;9)			
35	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen; <u>die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden</u> ; analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Ventrikel/Recht sventrikuläre Sonde) Art des Vorgehens „Explantation“ bzw. „Stilllegung“ 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 35 IN (0;2;4;9)			
36	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/> 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 25 IN (1;3;4;5;6;9)			
37 (37.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
38 (37.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
39 (39.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
40 (39.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 25 IN (5;6;9)			
41	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; <u>die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden</u> , analog bei (Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Ventrikel/Linksventrikuläre 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 41 IN (0;2;4;9)			
42	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/> 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 25 IN (5;6;9)			
43 (43.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
44 (43.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			

wenn Feld 24 = 0 oder wenn Feld 26 = 1 oder wenn ein OPS-Schlüssel für eine Systemumstellung dokumentiert wurde			
45	explantiertes System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</u> • <u>DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
Schrittmacher-Aggregat			
wenn Feld 24 = 0 oder wenn Feld 26 = 1			
46	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	Bei Systemwechsel hier "Explantation" bzw. "Stilllegung" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Aggregat) Art des Vorgehens "Neuimplantation" eintragen.
wenn Feld 46 <-> LEER			
47	Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: JJJJ	-
48	nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Schrittmachersonden			
Vorhof			
49	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Explantation" bzw. "Stilllegung" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Vorhof) Art des Vorgehens "Neuimplantation" eintragen.
wenn Feld 49 <-> LEER			
50	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
Ventrikel			
Rechtshentrikuläre Sonde			
51	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Explantation" bzw. "Stilllegung" eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Ventrikel/Rechtshentrikuläre Sonde) 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 51 <-> LEER			
52	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.
Linksventrikuläre Sonde			
53	Art des Vorgehens	☐ 1 = Explantation 2 = Stilllegung 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Explantation“ bzw. „Stilllegung“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmachersonden/Ventrikel/Linksventrikuläre Sonde) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur nicht mehr aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
wenn Feld 53 <-> LEER			
54	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 linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
55	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung)
wenn Feld 55 = 1			
56	Asystolie	☐ 1 = ja	eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert
57	Kammerflimmern	☐ 1 = ja	-
neu (56.1)	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
58 (56.2)	interventionspflichtiger Pneumothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
59 (56.3)	interventionspflichtiger Hämatothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
60 (56.4)	interventionspflichtiger Perikarderguss	☐ 1 = ja	-
61 (56.5)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
62 (56.6)	Sondendislokation	☐ 1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
65 (56.7)	Sondendysfunktion	☐ 1 = ja	-
68 (56.8)	postoperative Wundinfektion	☐ nach Definition der CDC 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die

			Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
69 (56.9)	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 62 <> LEER			
verschoben (63 (63.1))	Sondendislokation im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
verschoben (64 (63.2))	Sondendislokation im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 65 <> LEER			
verschoben (66 (66.1))	Sondendysfunktion im Vorhof	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
verschoben (67 (66.2))	Sondendysfunktion im Ventrikel	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikuläre Sonde 2 = linksventrikuläre Sonde 3 = beide	-
Entlassung			
70	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20172018 bis zum 10.01.20172018 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20172018 bis zum 20.01.20172018 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20172018, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20172018
71	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
72	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/>	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.

	5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ ... <u>30.□□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2019 8 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
--	---	---

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p>

	<p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>
--	---

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz 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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

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
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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
neu	<u>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</u>	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</u>
neu	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
neu	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
Patientenidentifizierende Daten			
neu	<u>eGK-Versichertennummer</u>	□□□□□□□□□□	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)

			<p><u>übernommen werden.</u></p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</u></p>
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p><u>Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</u></p>
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	<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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>
neu	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<p><u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u></p> <p><u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem</u></p>

			<p><u>kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-

neu (a.1)	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 1 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
neu (a.2)	Körpergröße unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
neu (b.1)	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
neu (b.2)	Körpergewicht unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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. 2017 <u>2018</u> bis zum 10.01. 2017 <u>2018</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2017 <u>2018</u> bis zum 20.01. 2017 <u>2018</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2017 <u>2018</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2017 <u>2018</u>.</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
9	Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV	Zu dokumentieren ist die NYHA-Klasse VOR der Implantation des implantierbaren Defibrillators.
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	<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: „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</p>

			<p>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 Bauchortenaneurysma)</p> <p>[...]"</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
11 (11.1)	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
12 (11.2)	LVEF nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte beachten: Eine fehlende Angabe der LVEF kann zur Einstufung der Indikation zur ICD-Implantation oder der Systemwahl als "nicht leitlinienkonform" führen!
13	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
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	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	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	Gemeint ist das Ereignis, das die Indikation zum ICD-Eingriff begründet.
wenn Feld 15 IN (1;2;3;4;9)			
16	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	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)
Grunderkrankungen			
17	KHK	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt	Für die Dokumentation sind alle Myokardinfarkte zu berücksichtigen, auch wenn sie länger zurückliegen
wenn Feld 17 = 2			
18	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD	<input type="checkbox"/> 1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage	-
wenn Feld 15 <> 5 und wenn Feld 17 = 2			
19	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
20	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ischämische Kardiomyopathie 2 = Dilatative Kardiomyopathie DCM 3 = Hypertensive Herzerkrankung 4 = erworbener Klappenfehler 5 = angeborener Herzfehler 6 = Brugada-Syndrom 7 = Kurzes QT-Syndrom 8 = Langes QT-Syndrom 9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) 10 = Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC) 11 = Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) 12 = short-coupled torsade de pointes VT 99 = sonstige Herzerkrankung	„short-coupled torsade de pointes VT“: Torsade-de-pointes-Tachykardien ohne Vorliegen einer QT-Verlängerung, aber mit einem charakteristischen kurzen Kopplungsintervall der Tachykardie (vgl. Buob et al., 2002)

wenn Feld 20 IN (6;7;8;9;10)			
21	plötzliche Todesfälle in der Familie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 20 = 6			
22	spontanes Brugada-Typ-1-EKG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 20 = 9			
23	abnorme Blutdruckreaktion bei Belastung (Blutdruckanstieg <= 20 mmHg)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
24	Septumdicke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mm	-
wenn Feld 20 = 10			
25	ausgeprägte rechtsventrikuläre Dysplasie oder linksventrikuläre Beteiligung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 15 IN (1;2)			
26	WPW-Syndrom	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 15 IN (1;2)			
27	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<ul style="list-style-type: none"> • Torsade-de-pointes-Tachykardie durch Antiarrhythmika • andere QT-Zeit-verlängernde Medikamente • ischämiegetriggerte Indexereignisse • Myokarditis in der Akutphase
wenn Feld 15 = 2			
28	behandelbare idiopathische Kammertachykardie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Ablation, medikamentöse Behandlung erfolglose Therapie bedeutet „nein“
Weitere Merkmale			
wenn Feld 15 IN (3;4)			
29	Kammertachykardie induzierbar	<input type="checkbox"/> 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelstimulation nicht durchgeführt	-
30	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der Diagnosestellung)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, seit weniger als 3 Monaten 2 = ja, seit 3 Monaten oder länger	-
wenn Feld 30 = 1 <u>oder</u> 2			
31 (31.1)	Betablocker	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
32 (31.2)	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
33 (31.3)	Diuretika	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
34 (31.4)	Aldosteronantagonisten	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35 (31.5)	Herzglykoside	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Schrittmacheranteil			

36	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
37	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	<input type="checkbox"/> 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
EKG-Befunde			
38	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	(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.
39	AV-Block	<input type="checkbox"/> 0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.
40	intraventrikuläre Leitungsstörungen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 9 = sonstige	-
41	QRS-Komplex	<input type="checkbox"/> 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	-
Operation			
42	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
43	Operation	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 1. <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"/>	<u>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</u> Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag

		<p>3. □-□□□.□□ <u>4. □-□□□.□□</u> <u>5. □-□□□.□□</u> <u>6. □-□□□.□□</u> <u>7. □-□□□.□□</u> <u>8. □-□□□.□□</u> <u>9. □-□□□.□□</u> <u>10. □-□□□.□□</u></p> <p>OPS http://www.dimdi.de</p>	(ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2018-2019</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2017-2018</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2017-2018</u> aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			
44 <u>(44.1)</u>	Vena cephalica	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
45 <u>(44.2)</u>	Vena subclavia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
46 <u>(44.3)</u>	andere	<input type="checkbox"/> 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
47	Dauer des Eingriffs	□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
48 <u>(48.1)</u>	Dosis-Flächen-Produkt	□□□□□□ Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: <= 50000 (cGy)* cm ²	- Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm ² kann <u>0 (cGy)* cm² als Wert eingetragen werden.</u>
49 <u>(48.2)</u>	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.</u>
neu <u>(48.3)</u>	<u>keine Durchleuchtung durchgeführt</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
ICD			
ICD-System			
50	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten</u>

			<p><u>Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofführung verfügt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</u> • <u>sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
ICD-Aggregat			
51	Aggregatposition	<input type="checkbox"/> 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 50 IN (2;4;9)			
52 (52.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
53 (52.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 50 IN (2;3;4;9)			
54 (54.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
55 (54.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 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 50 <> 6			
56	Zahl der verwendeten Ventrikelsonden	<input type="checkbox"/> 1 = eine Ventrikelsonde 2 = zwei Ventrikelsonden 3 = drei Ventrikelsonden	Zu den Ventrikelsonden zählen alle Sonden, die den Ventrikel stimulieren, auch wenn sie außerhalb des Ventrikels implantiert wurden.
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 50 <> 6			

57 (57.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
58 (57.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
59 (59.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
60 (59.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 50-IN (4;5)			
61	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	<input type="checkbox"/> 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 61 = 1			
62	Position: Dimension 1	<input type="checkbox"/> 1 = apikal 2 = basal 3 = mittventrikulär	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
63	Position: Dimension 2	<input type="checkbox"/> 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 50-IN (4;5), Feld 61 = 1			
64 (64.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
65 (64.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Andere Defibrillationssonde(n)			
66	Position	<input type="checkbox"/> <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	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
67	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 67 = 1			
68 (68.1)	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Darunter ist nicht die intraoperative Terminierung eines induzierten Kammerflimmerns zu verstehen.
69 (68.2)	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
70 (68.3)	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
71 (68.4)	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
72 (68.5)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Intervention = Reoperation
73 (68.6)	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
verschoben (79 (68.7))	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
verschoben (85 (68.8))	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
verschoben (86 (68.9))	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 73 <> LEER			
74 (74.1)	Sondendislokation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
75 (74.2)	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
76 (74.3)	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
77 (74.4)	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
78 (74.5)	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/>	-

		1 = ja	
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 79 <> LEER			
80 (80.1)	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
81 (80.2)	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
82 (80.3)	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
83 (80.4)	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
84 (80.5)	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Entlassung			
87	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 <u>2018</u> bis zum 10.01. 2017 <u>2018</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. 2017 <u>2018</u> bis zum 20.01. 2017 <u>2018</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. 2017 <u>2018</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. 2017 <u>2018</u>
88	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
89	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> ... 30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 <u>2019</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2017 <u>2018</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. 2017 <u>2018</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin A
"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 B
	0191 = Innere Medizin C
	0192 = Innere Medizin D
	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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz 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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Prozedur(en) der Tabelle ICDAGGW_OPS

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

Prozedur(en) der Tabelle ICDREV_OPS

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

5-378.7e	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
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

	<u>Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u>		
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u> <u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter

			<p>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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
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	<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: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation 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	<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 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/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	-
Operation			
14	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 1. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 7 ⁸ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 7 ⁸ aufgenommen worden ist.

		OPS http://www.dimdi.de	
16	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Implantiertes ICD-System			
ICD			
17	System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</u> • <u>sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
Explantiertes ICD-Aggregat			
18	Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: JJJJ	-
19	Jahr der Implantation nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Belassene Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 17 IN (2;4;9)			
20 (20.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
21 (20.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 17 IN (2;3;4;9)			
22 (22.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
23 (22.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/>	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei

		1 = wegen Vorhofflimmern 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Sinusalterrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 17 <> 6			
24 (24.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
25 (24.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
wenn Feld 17 <> 6			
26 (26.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
27 (26.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 17 IN (4;5)			
28 (28.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
29 (28.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
30	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 30 = 1			
31 (31.1)	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
32 (31.2)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
33 (31.3)	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
34 (31.4)	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
35	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-

			<p>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 05.01.2018⁷ bis zum 10.01.2018⁷ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018⁷ bis zum 20.01.2018⁷ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018⁷, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018⁷</p>
36	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
37	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> ... 30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 201 9 ⁸ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde

2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
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

	<p>3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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>

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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Prozedur(en) der Tabelle ICDREV_OPS

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

5-378.8g	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
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 Aufenthaltes: Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.31	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung

5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
5-375.y	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Art der Versicherung			
neu	<u>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
neu	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
neu	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
Patientenidentifizierende Daten			
neu	<u>eGK-Versichertennummer</u>	<input type="checkbox"/>	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. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem

			<u>öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</u>
neu	<u>Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.</u>
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsveranschaulichung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u>

		<p>ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt</p>	<p>(BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchortenaneurysma) [...]"</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
10	<p>Wundkontaminationsklassifikation</p>	<p>☐ nach Definition der CDC 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. — Zz. 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. — Zz. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</p> <p>4 = „septische Eingriffe“: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem</p>

			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. — Zz. 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)
Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation			
11	Indikation zum Eingriff am Aggregat	<input type="checkbox"/> <u>0 = keine aggregatbezogene Indikation</u> 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	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). Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.
12	Taschenproblem	<input type="checkbox"/> <u>0 = kein Taschenproblem</u> 1 = Taschenhämatom 2 = Aggregatperforation 3 = Infektion 9 = sonstiges Taschenproblem	Revision erfolgt wegen Taschenproblem „Aggregatperforation“: Perforationen von Anteilen des Aggregats durch die Haut. Sofern eine Aggregatperforation vorliegt, ist diese zu dokumentieren, nicht Schlüssel „Infektion“. „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. „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). Falls mehrere der genannten Taschenprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.
13	Sondenproblem	<input type="checkbox"/> <u>0 = nein</u> 1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
14	Schocks abgegeben	<input type="checkbox"/> <u>0 = nein</u> 1 = adäquat 2 = inadäquat 3 = beides	-
wenn Feld 14 IN (1;3)			
15	ineffektive Schocks	<input type="checkbox"/>	-

		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	<input type="checkbox"/> 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	-
18	Operation	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ OPS http://www.dimdi.de	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 201 98 ⁹⁸ durchgeführte Operationen sind z. B. noch nach dem im Jahre 201 87 ⁸⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 87 ⁸⁷ aufgenommen worden ist.
19	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 – 240 Minuten	-
ICD-System			
ICD			
20	aktives System (nach dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> 0 = keines (Explantation oder Stilllegung) 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u>

			<ul style="list-style-type: none"> • <u>subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</u> • <u>sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüssel (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
ICD-Aggregat			
21	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> 0 = Aggregat nicht vorhanden 1 = kein Eingriff am Aggregat 2 = Wechsel 3 = Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral 4 = Aggregatverlagerung 5 = Explantation 9 = sonstiges	-
wenn Feld 21 NICHTIN (0;5)			
22	Aggregatposition	<input type="checkbox"/> 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
wenn Feld 21 IN (2;3;5)			
23	explantiertes System	<input type="checkbox"/> 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> • <u>VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</u> • <u>DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</u> • <u>VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</u> • <u>CRT-System mit Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>CRT-System ohne Vorhofsonde: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</u> • <u>subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System</u> • <u>sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüssel (1 bis 6) nicht erfasst werden</u>
wenn Feld 21 IN (1;2;3;4;5;9)			
24 (24.1)	Aggregat: Jahr der Implantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: JJJJ	-
25 (24.2)	Jahr der Implantation nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Vorhof			
Sonden			
26	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	-

		2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
wenn Feld 26 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
27	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.
wenn Feld 26 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
28	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 20 <> 3			
29 (29.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
30 (29.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
31 (31.1)	P-Wellen-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
32 (31.2)	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde			
Ventrikel			
33	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	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. Beispielkonstellationen 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	
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	
Komplettentfernung	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	
Komplettentfernung	Explantation	Explantation	
Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	Stilllegung der gesamten Sonde	
Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 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	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde	Explantation	

			P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	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 33 IN (1;2;3;4;5;6;7;8;9;99)					
34	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = ineffektive Defibrillation 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.		
wenn Feld 33 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)					
35	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/ Defibrillationssonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt			
wenn Feld 33 IN (0;1;2;3;4;5;7;8;9;99)					
36	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere			
wenn Feld 33 IN (0;1;2;3;4;5;8;99)					
37 <u>(37.1)</u>	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung		
38 <u>(37.2)</u>	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen			
wenn Feld 33 IN (0;1;2;3;4;5;8;99) und wenn Feld 36 IN (1;2)					
39 <u>(39.1)</u>	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung		
40 <u>(39.2)</u>	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen			
Zweite Ventrikelsonde					

41	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	Beispielkonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen <table border="1" data-bbox="896 277 1396 2076"> <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>Komplettentfernung</td> <td>Explantation</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Komplettstilllegung</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>Komplettentfernung</td> <td>Explantation</td> <td>Explantation</td> </tr> <tr> <td>Komplettstilllegung</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</td> <td>Neuimplantation mit Stilllegung</td> <td>Stilllegung</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	Komplettentfernung	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	Komplettentfernung	Explantation	Explantation	Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	Stilllegung der gesamten Sonde	Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Explantation	Stilllegung beider Sonden	Neuimplantation mit Stilllegung	Stilllegung
	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																																																				
Komplettentfernung	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																																																				
Komplettentfernung	Explantation	Explantation																																																				
Komplettstilllegung	Stilllegung der gesamten Sonde	Stilllegung der gesamten Sonde																																																				
Explantation beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Explantation																																																				
Stilllegung beider Sonden	Neuimplantation mit Stilllegung	Stilllegung																																																				

			Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	
			Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Explantation
			Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung
wenn Feld 41 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)					
42	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.		
wenn Feld 41 IN (1;2;4;5;6;7;99)					
43	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt			
wenn Feld 41 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)					
44	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere			
wenn Feld 41 IN (0;1;2;3;4;5;99)					
45 (45.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung		
46 (45.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja			
wenn Feld 41 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 44 IN (1;2)					
47 (47.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung		

48 (47.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Dritte Ventrikelsonde			
49	Art des Vorgehens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-
wenn Feld 49 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
50	Problem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter „Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken“ dokumentieren.
wenn Feld 49 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
51	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 49 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
52	Position	<input type="checkbox"/> 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-
wenn Feld 49 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
53 (53.1)	Reizschwelle	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
54 (53.2)	Reizschwelle nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 49 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 52 IN (1;2)			
55 (55.1)	R-Amplitude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung
56 (55.2)	R-Amplitude nicht gemessen	<input type="checkbox"/> 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Andere Defibrillationssonde(n)			
57	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 57 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
58	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 57 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
59	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
60	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 60 = 1			
61 (61.1)	kardiopulmonale Reanimation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
62 (61.2)	interventionspflichtiger Pneumothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
63 (61.3)	interventionspflichtiger Hämatothorax	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
64 (61.4)	interventionspflichtiger Perikarderguss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
65 (61.5)	interventionspflichtiges Taschenhämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
66 (61.6)	revisionsbedürftige Sondendislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
verschoben (72 (61.7))	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
verschoben (78 (61.8))	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
verschoben (79 (61.9))	sonstige interventionspflichtige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Ort der Sondendislokation			
wenn Feld 66 <> LEER			
67 (67.1)	Sondendislokation der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/>	

		1 = ja	
68 (67.2)	Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
69 (67.3)	Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
70 (67.4)	Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
71 (67.5)	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Feld 72 <> LEER			
73 (73.1)	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
74 (73.2)	Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
75 (73.3)	Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
76 (73.4)	Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
77 (73.5)	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Entlassung			
80	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 87 bis zum 10.01.201 87 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.201 87 bis zum 20.01.201 87 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.201 87 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.201 87
81	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
82	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> ... 30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 201 98 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 87 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 87 aufgenommen worden ist.

		ICD-10-GM http://www.dimdi.de	
--	--	--	--

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
 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 II
 1591 = Allgemeine Chirurgie III
 1592 = Allgemeine Chirurgie IV
 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/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p>

	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~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~'2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~'2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~'2019'

Diagnose(n) der Tabelle CAR_ICD_EX

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

Prozedur(en) der Tabelle CAR_OPS

OPS-Kode	Titel
5-381.00	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-381.05	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent

5-381.06	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: Gefäßprothese
5-382.00	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-382.01	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-382.02	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-382.03	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-383.00	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-383.01	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-383.02	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-383.03	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-393.00	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis
5-393.01	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis
5-395.00	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-395.01	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-395.02	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-395.03	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-396.02	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-397.00	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-397.01	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-397.02	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-397.03	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-397.05	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
8-836.0h	(Perkutan)-transluminale Gefäßintervention: 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.
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 oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.5j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-840.5k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.5m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.5n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
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 oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.5j	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-841.5k	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.5m	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.5n	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
8-842.0h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-842.0j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
8-842.0k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-842.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.0n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa
8-842.1h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-842.1j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
8-842.1k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-842.1m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.1n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
8-842.2h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-842.2j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis communis
8-842.2k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-842.2m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis

8-842.2n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis externa
8-842.3h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-842.3j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis communis
8-842.3k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-842.3m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.3n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis externa
8-842.4h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-842.4j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis communis
8-842.4k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-842.4m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.4n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis externa
8-842.5h	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-842.5j	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-842.5k	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-842.5m	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-842.5n	(Perkutan)-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
8-843.0h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-843.0j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-843.0k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-843.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.0n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-843.1h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-843.1j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
8-843.1k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.1m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.1n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
8-843.2h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-843.2j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis communis
8-843.2k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.2m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.2n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis externa
8-843.3h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-843.3j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis communis
8-843.3k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.3m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.3n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis externa
8-843.4h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-843.4j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis communis

8-843.4k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.4m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.4n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
8-843.5h	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-843.5j	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-843.5k	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-843.5m	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-843.5n	(Perkutan)-transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
8-845.0h	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-845.0j	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
8-845.0k	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-845.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-845.0n	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
8-845.1h	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-845.1j	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
8-845.1k	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-845.1m	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-845.1n	(Perkutan)-transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
8-846.0h	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-846.0j	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
8-846.0k	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-846.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-846.0n	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
8-846.1h	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-846.1j	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
8-846.1k	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-846.1m	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-846.1n	(Perkutan)-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
8-848.0h	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzung gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-848.0j	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzung gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
8-848.0k	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzung gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-848.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzung 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
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 oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-848.5j	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-848.5k	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-848.5m	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-848.5n	(Perkutan)-transluminale Implantation von medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder 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
8-849.0m	(Perkutan)-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-849.0n	(Perkutan)-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-849.1h	(Perkutan)-transluminale Implantation von sonstigen ungecoverten großlumigen Stents: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.

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

Prozedur(en) der Tabelle CAR_OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-37b.10	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 1 Kanüle
5-37b.11	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 2 Kanülen
5-37b.12	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
5-37b.20	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 1 Kanüle
5-37b.21	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 2 Kanülen
5-37b.22	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
5-37b.30	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 1 Kanüle
5-37b.31	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 2 Kanülen
5-37b.32	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 3 oder mehr Kanülen
5-384.01	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese
5-384.02	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.0x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Sonstige
5-384.11	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese

5-384.12	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.1x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Sonstige
5-384.31	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese
5-384.32	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.3x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Sonstige
5-384.41	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese
5-384.42	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.43	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biiliakal
5-384.44	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-384.45	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.46	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
5-384.4x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
5-384.51	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
5-384.52	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.53	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biiliakal
5-384.54	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biiliakal 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 biiliakal
5-384.64	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal 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 biiliakal
5-384.74	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-384.75	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.76	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
5-384.7x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
5-384.8	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
5-384.d1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
5-384.d2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.dx	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
5-384.e1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese

5-384.e2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.ex	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
5-384.f1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
5-384.f2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.fx	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
5-384.x1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese
5-384.x2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.x3	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal
5-384.x4	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
5-384.x5	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.x6	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
5-384.xx	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Sonstige
5-384.y	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: N.n.bez.
5-393.02	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia
5-393.03	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. vertebralis
5-396.00	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-396.01	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-396.03	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-981	Versorgung bei Mehrfachverletzung
5-982.1	Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am Gesichtsschädel
5-982.2	Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS
5-982.x	Versorgung bei Polytrauma: Sonstige
5-982.y	Versorgung bei Polytrauma: N.n.bez.
8-852.00	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
8-852.01	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
8-852.03	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
8-852.04	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
8-852.05	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
8-852.06	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
8-852.07	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
8-852.08	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
8-852.09	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
8-852.0a	Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 576 Stunden und mehr

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Karotis-Revaskularisation (10/2)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind.</u>

			<p><u>Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u></p> <p><u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren. Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
Klinische Diagnostik			
neu	<u>Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?</u>	<input type="checkbox"/> <u>unabhängig von einer Seitenlokalisation</u> 0 = nein 1 = ja, <u>ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff</u> 2 = ja, <u>akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff</u>	<u>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.</u>
9	Karotisläsion rechts	<input type="checkbox"/> Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate 0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts <u>(cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)</u>	<u>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. 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.</u>
<u>wenn Feld 9 = 2 und wenn vor der Prozedur kein Schlaganfall vorlag</u>			
10	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	<input type="checkbox"/> 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = <u>ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5</u> 9 = sonstige	<u>Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren.</u>
<u>wenn Feld 10 <> LEER</u>			
11_1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten	□□□ <u>anamnestische Angaben ausreichend</u>	<u>Hier kann auf Angaben des Patienten, des zuweisenden Arztes oder auch von Angehörigen zurückgegriffen</u>

	Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	werden. Ein Intervall, welches länger als 6 Monate zurückliegt, bedeutet, dass diese Stenose/Läsion als asymptotische Läsion zu gelten hat.
neu (11.2)	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	=
wenn Feld 9 = 2 <u>und wenn vor der Prozedur kein Schlaganfall vorlag</u>			
12	symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)	<input type="checkbox"/> 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	An dieser Stelle sind diejenigen Ereignisse anzugeben, die einer Läsion der rechten Karotis zuzuordnen sind: 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. 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
13	Karotisläsion links	<input type="checkbox"/> Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate 0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	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 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.
wenn Feld 13 = 2 <u>und wenn vor der Prozedur kein Schlaganfall vorlag</u>			
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	Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren.
wenn Feld 14 <> LEER			

15.1	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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>anamnestische Angaben ausreichend</u> 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.
neu (15.2)	<u>Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 13 = 2 und wenn vor der Prozedur kein Schlaganfall vorlag			
16	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	<input type="checkbox"/> 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 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, fokalneurologisches 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. einsetzendes 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)	<input type="checkbox"/> <u>An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.</u> 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	Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall entsprechend den Schlüssel im Datensatz. An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.

Apparative Diagnostik			
18	Stenosegrad rechts (nach NASCET- <u>Kriterien</u>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.
19	Stenosegrad links (nach NASCET- <u>Kriterien</u>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.
20	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	<input type="checkbox"/> <u>Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.</u> 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 20 = 1			
21 <u>(21.1)</u>	exulzierende Plaques <u>mit thrombotischer Auflagerung</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
22 <u>(21.2)</u>	Aneurysma	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
23 <u>(21.3)</u>	symptomatisches Coiling	<input type="checkbox"/> <u>Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.</u> 1 = ja	Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
24 <u>(21.4)</u>	Mehretagenläsion	<input type="checkbox"/> <u>operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI.</u> <u>Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich</u> 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.
25 <u>(21.5)</u>	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.

26	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	<input type="checkbox"/> <u>Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.</u> 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 26 = 1			
27 (27.1)	exulzierende Plaques <u>mit thrombotischer Auflagerung</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
28 (27.2)	Aneurysma	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
29 (27.3)	symptomatisches Coiling	<input type="checkbox"/> <u>Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.</u> 1 = ja	Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
30 (27.4)	Mehretagenläsion	<input type="checkbox"/> <u>operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI.</u> <u>Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich</u> 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.
31 (27.5)	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
32	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 32 = 1			
33	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	
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Eingriff / Prozedur			
34	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	<p>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 (Enderarteriektomien, 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.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
35	Datum des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>
36	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	<input type="checkbox"/> <u>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen-</u> 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt <u>6 = Eingriff ohne Narkose erfolgt</u>	<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: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe</p>

			<p>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>
37	Indikation	<input type="checkbox"/> 1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen	-
wenn Feld 37 = 3			
38	Art der Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = neurologisches Defizit 2 = technischer Fehler 3 = beides	-
39	therapierte Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	-
40	Wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 (Enderarteriektomien, 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).
41	Prozedur(en)	<p>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</p> <p>1. <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"/></p> <p>3. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>4. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>5. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>6. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>7. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>8. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>9. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>OPS</p>	<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 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem</p>

		http://www.dimdi.de	Kode 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 Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2019 8 durchgeführte Eingriffe sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
42	Art des Eingriffs	<input type="checkbox"/> 1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur	-
43	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?	<input type="checkbox"/> 1 = Ersteingriff (<u>weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff</u>) 2 = Rezidiveingriff (<u>ipsilateral offene-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff</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 offene-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation durchgeführt, liegt ein Rezidiveingriff vor.
44	<u>Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden.
45	<u>Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 45 = 1			
46	<u>Welche Thrombozytenaggregationshemmer?</u>	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/> 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)	
46.1	<u>ASS</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
46.2	<u>Clopidogrel</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

46.3	<u>sonstige ADP-Rezeptorantagonisten</u>	<input type="checkbox"/> <u>z.B. Prasugrel, Ticagrelor</u> 1 = ja	
46.4	<u>GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten</u>	<input type="checkbox"/> <u>z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban</u> 1 = ja	
46.5	<u>sonstige</u>	<input type="checkbox"/> <u>z.B. Cilostazol</u> 1 = ja	
Verlauf der Prozedur			
47	<u>Erfolgte ein</u> Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	<input type="checkbox"/> <u>Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.</u> 0 = nein 1 = <u>a</u> Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation <u>6=kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie</u> 9 = sonstige	<u>Patienten mit aorto-koronaren Bypassoperationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.</u>
postprozeduraler Verlauf			
48	<u>Wurde eine</u> postprozedurale fachneurologische Untersuchung <u>von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden.</u>
49	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	<input type="checkbox"/> bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; <u>jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben</u> 0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	<u>Hier bitte jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit angeben.</u>
wenn Feld 49 = 2			
50	Schweregrad des neurologischen Defizits	<input type="checkbox"/> zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe	<u>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")</u>

		möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: ischämischer Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung			
51	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
52	Entlassungsdiagnose(n)	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"/> ... <u>30. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 2019 8 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
53	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 53 = '07'			
54	Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung	<input type="checkbox"/> <u>Hier ist "ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.</u> 0 = nein 1 = ja	<u>Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.</u>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie 3390 = Strahlenheilkunde 3391 = Strahlenheilkunde 3392 = Strahlenheilkunde 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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>

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 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Februar 2018 01. Januar 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017'2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017'2018' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.01.2018'31.12.2019')

Diagnose(n) der Tabelle GYN_ICD_EX

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

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

C81.0	Noduläres Lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	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 Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
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	Multiplres Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multiplres Myelom: In kompletter Remission

C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission

C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission
C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
D45	Polycythaemia vera
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntem Verhalten
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
K57.00	Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.01	Divertikulose des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.02	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.03	Divertikulitis des Dünndarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.10	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.11	Divertikulose des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
K57.12	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.13	Divertikulitis des Dünndarmes ohne Perforation und Abszess, mit Blutung
K57.20	Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.21	Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.23	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.33	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.40	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.41	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.42	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.43	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.50	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung

K57.51	Divertikulose sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.52	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.53	Divertikulitis sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.80	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.81	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.82	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung
K57.83	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, mit Perforation, Abszess und Blutung
K57.90	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.91	Divertikulose des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung
K57.92	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung
K57.93	Divertikulitis des Darmes, Teil nicht näher bezeichnet, ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

Prozedur(en) der Tabelle GYN OPS

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

5-651.b2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.b3	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.b4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.b5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Vaginal
5-651.bx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Sonstige
5-651.x0	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-651.x1	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-651.x2	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-651.x3	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-651.x4	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-651.x5	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Vaginal
5-651.xx	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Sonstige: Sonstige
5-651.y	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: N.n.bez.
5-652.40	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
5-652.6x	Ovariectomie: Total: Sonstige
5-652.y	Ovariectomie: N.n.bez.
5-653.20	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-653.21	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-653.22	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.23	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-653.24	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-653.25	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal
5-653.2x	Salpingoovariectomie: Einseitige Ovariectomie mit bilateraler Salpingektomie: Sonstige
5-653.30	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)
5-653.31	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-653.32	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
5-653.33	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-653.34	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-653.35	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal
5-653.3x	Salpingoovariectomie: Salpingoovariectomie (ohne weitere Maßnahmen): Sonstige

5-653.y	Salpingoovariektomie: N.n.bez.
5-656.80	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Offen chirurgisch (abdominal)
5-656.81	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-656.82	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)
5-656.83	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-656.84	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-656.85	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Vaginal
5-656.8x	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Sonstige
5-656.90	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-656.91	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-656.92	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-656.93	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-656.94	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-656.95	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Vaginal
5-656.9x	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Sonstige
5-656.a0	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Offen chirurgisch (abdominal)
5-656.a1	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-656.a2	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-656.a3	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-656.a4	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-656.a5	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Vaginal
5-656.ax	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Sonstige
5-656.x0	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-656.x1	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-656.x2	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-656.x3	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-656.x4	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-656.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	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.61	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.62	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.63	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.64	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.65	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal
5-657.6x	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Sonstige
5-657.70	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.71	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.72	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.73	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.74	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.75	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal
5-657.7x	Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Sonstige

5-657.80	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.81	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.82	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.83	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.84	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.85	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal
5-657.8x	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Sonstige
5-657.90	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.91	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.92	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.93	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.94	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.95	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal
5-657.9x	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Sonstige
5-657.x0	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-657.x1	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-657.x2	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-657.x3	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-657.x4	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-657.x5	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal
5-657.xx	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Sonstige
5-657.y	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: N.n.bez.
5-658.6	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens
5-658.7	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar
5-658.8	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina
5-658.9	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert
5-658.x	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Sonstige
5-658.y	Adhäsioolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: N.n.bez.
5-659.20	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)
5-659.21	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-659.22	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-659.23	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-659.24	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-659.25	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal
5-659.2x	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Sonstige
5-659.x0	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-659.x1	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-659.x2	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-659.x3	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-659.x4	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-659.x5	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Vaginal
5-659.xx	Andere Operationen am Ovar: Sonstige: Sonstige

5-659.y	Andere Operationen am Ovar: N.n.bez.
5-660.2	Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-660.3	Salpingotomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-660.4	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-660.5	Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-660.6	Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-660.7	Salpingotomie: Vaginal
5-660.x	Salpingotomie: Sonstige
5-660.y	Salpingotomie: N.n.bez.
5-661.40	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-661.41	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-661.42	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-661.43	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-661.44	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-661.45	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Vaginal
5-661.4x	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Sonstige
5-661.50	Salpingektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
5-661.51	Salpingektomie: Partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-661.52	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-661.53	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-661.54	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-661.55	Salpingektomie: Partiell: Vaginal
5-661.5x	Salpingektomie: Partiell: Sonstige
5-661.60	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)
5-661.61	Salpingektomie: Total: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-661.63	Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-661.64	Salpingektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-661.65	Salpingektomie: Total: Vaginal
5-661.6x	Salpingektomie: Total: Sonstige
5-661.y	Salpingektomie: N.n.bez.
5-663.00	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.01	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.02	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.03	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.04	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.05	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Vaginal
5-663.0x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Elektrokoagulation: Sonstige
5-663.10	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.11	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.12	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.13	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.14	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.15	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Vaginal
5-663.1x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von Clips: Sonstige
5-663.20	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.21	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Vaginal, laparoskopisch assistiert

5-663.22	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.23	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.24	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.25	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Vaginal
5-663.2x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Anbringen von "Fallopian rings": Sonstige
5-663.30	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.31	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.32	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.33	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.34	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.35	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Vaginal
5-663.3x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Fimbriektomie: Sonstige
5-663.40	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.41	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.42	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.43	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.44	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.45	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Vaginal
5-663.4x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Salpingektomie, partiell: Sonstige
5-663.50	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.51	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.52	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.53	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.54	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.55	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Vaginal
5-663.5x	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Unterbindung mit Durchtrennung oder Destruktion: Sonstige
5-663.x0	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-663.x1	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-663.x2	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-663.x3	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-663.x4	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-663.x5	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Vaginal
5-663.xx	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: Sonstige: Sonstige
5-663.y	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]: N.n.bez.
5-665.40	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)

5-665.41	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-665.42	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.43	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-665.44	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-665.45	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Vaginal
5-665.4x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Sonstige
5-665.50	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
5-665.51	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-665.52	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.53	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-665.54	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-665.55	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Vaginal
5-665.5x	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Sonstige
5-665.x0	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-665.x1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-665.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-665.x3	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-665.x4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-665.x5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal
5-665.xx	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Sonstige
5-665.y	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: N.n.bez.
5-666.80	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-666.81	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-666.82	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-666.83	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-666.84	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-666.85	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Vaginal
5-666.8x	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Sonstige
5-666.90	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Offen chirurgisch (abdominal)
5-666.91	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-666.92	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-666.93	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-666.94	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-666.95	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Vaginal
5-666.9x	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Sonstige
5-666.a0	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Offen chirurgisch (abdominal)
5-666.a1	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-666.a2	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-666.a3	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-666.a4	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-666.a5	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Vaginal
5-666.ax	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Sonstige
5-666.b0	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-666.b1	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-666.b2	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-666.b3	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-666.b4	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-666.b5	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Vaginal

5-666.bx	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Sonstige
5-666.x0	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
5-666.x1	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-666.x2	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-666.x3	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-666.x4	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-666.x5	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Vaginal
5-666.xx	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Sonstige: Sonstige
5-666.y	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: N.n.bez.
5-667.0	Insufflation der Tubae uterinae: Pertubation
5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation
5-667.2	Insufflation der Tubae uterinae: Hydropertubation
5-667.x	Insufflation der Tubae uterinae: Sonstige
5-667.y	Insufflation der Tubae uterinae: N.n.bez.
5-669	Andere Operationen an der Tuba uterina
5-683.10	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
5-683.11	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal
5-683.12	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-683.13	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-683.14	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-683.15	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-683.1x	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Sonstige
5-683.20	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)
5-683.21	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal
5-683.22	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-683.23	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-683.24	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-683.25	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-683.2x	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Sonstige
5-687.0	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)
5-744.13	Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-744.14	Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-744.15	Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal
5-744.1x	Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Sonstige
5-744.20	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-744.21	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-744.22	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-744.23	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-744.24	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-744.25	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal
5-744.2x	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Sonstige
5-744.30	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
5-744.31	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-744.32	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-744.33	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-744.34	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-744.35	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal
5-744.3x	Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Sonstige
5-744.40	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
5-744.41	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
5-744.42	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
5-744.43	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
5-744.44	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
5-744.45	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal
5-744.4x	Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Sonstige

Prozedur(en) der Tabelle GYN OPS_EX

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

5-749.y	Andere Sectio caesarea: N.n.bez.
---------	----------------------------------

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Gynäkologische Operationen (15/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen</u>

			<p><u>Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer der Patientin	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>2017-2018</u> bis zum 10.01.<u>2017-2018</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>2017-2018</u> bis zum 20.01.<u>2017-2018</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>2017-2018</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>2017-2018</u>.</p>
8	Aufnahmediagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... <u>30.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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?	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
10	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus	<input type="checkbox"/> Angabe nur in Hessen 1 = ja	-
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> ASA 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]“ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
12	Vorbestrahlung im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
13	Voroperation im OP-Gebiet	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hiermit sind Voroperationen im kleinen Becken gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind.
Prophylaxe			
14	perioperative Antibiotikaphylaxe	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
Operation			
15	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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. Arzteinformationssystem (AIS) verwendet werden.

16	Operation	<p><u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u></p> <p>1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ 9. □□□.□□ 10. □□□.□□</p> <p>... <u>20. □□□.□□</u> OPS http://www.dimdi.de</p>	<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 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 5-653.30 (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 <u>2018-2019</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2017-2018</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2017-2018</u> aufgenommen worden ist.</p>
<p>Wenn (Salpingo-) Ovarrektomie 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**</p>			
17	Ist das kontralaterale Ovar <u>postoperativ</u> noch vorhanden?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn eine beidseitige (Salpingo-) Ovarrektomie durchgeführt wurde, ist „nein“ anzugeben.
<p>Komplikationen</p>			
18	intraoperative Komplikationen	<input type="checkbox"/> durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja	<p>„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</p> <p>„Nein“ ist anzugeben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die intraoperative Komplikation <u>nicht</u> durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde. 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 offenen 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</p>

			<ul style="list-style-type: none"> wenn die Patientin zu klinischem Schaden kommt und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.: <ul style="list-style-type: none"> alle Verletzungen, die eine Re-Operation notwendig machen 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 18 = 1			
19	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	-
19.1	Blase	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.2	Harnleiter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.3	Urethra	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.4	Darm	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.5	Uterus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.6	Gefäß-/Nervenläsion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.7	Lagerungsschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.8	andere Organverletzungen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
19.9	andere intraoperative Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
20	postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 20 = 1			
21	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"/>	siehe Anmerkung 1

		<p>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</p>	
Histologie			
22	postoperative Histologie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 22 = 1			
23	führender Befund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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			
24	pT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3	-
25	pN	<input type="checkbox"/> 0 = 0 1 = 1 X = X	-
	M	<input type="checkbox"/> 0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt	Die Kategorie MX wurde in der 7. Auflage der TNM-Klassifikation nach UICC 2010 (p. 10) gestrichen. Begründung: Die Kategorie MX wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist (die Verwendung von MX kann zum Ausschluss vom Staging führen).
27	G	<input type="checkbox"/> 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 B = B X = X	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert 4 = undifferenziert B = Karzinom niedrigmaligner Potenz (früher Borderline-Malignität) X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden
wenn Feld 22 = 1			
28	weitere Befunde	1.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	-
Blasentleerung			

29	assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 29 = 1			
30 (30.1)	wiederholte Einmalkatheterisierung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
31 (30.2)	transurethraler Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
32 (30.3)	suprapubischer Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung			
33	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>2017-2018</u> bis zum 10.01.<u>2017-2018</u></p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>2017-2018</u> bis zum 20.01.<u>2017-2018</u></p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>2017-2018</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>2017-2018</u></p>
34	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	<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 <u>2018-2019</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2017-2018</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>2017-2018</u> aufgenommen worden ist.</p>
35	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 4 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Anmerkungen

Anmerkung 1 "Art der Komplikation (POPKOMPGYN)"	<p>Schlüsselwert 1 (Pneumonie): Pneumoniekriterien nach CDC</p> <p>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> <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p> <p>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)</p> <p>Schlüsselwert 3 (Tiefe/Bein-Beckenvenenthrombose) : Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>Schlüsselwert 4 (Lungenembolie): Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>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:</p> <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 > 10² 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. <p>Schlüsselwert 6: (Serom/Hämatom) Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention erforderlich ist.</p> <p>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.</p> <p>Schlüsselwert 11: (Sepsis) Sepsis (CDC-Definitionen) -</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Labor bestätigte primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen: <p>1. Pathogener Erreger aus Blutkultur isoliert, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle verwandt ist.*</p>
--	---

	<p>2. Eines der folgenden: Fieber ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$), Schüttelfrost oder Hypotonie (systolischer Druck $\leq 90\text{ mmHg}$)</p> <p>UND eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gewöhnlicher Hautkeim¹, 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 <p>UND Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - positiver Antigen-Bluttest und Krankheitserreger ist mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt. <p>- Klinische primäre Sepsis muss den folgenden Kriterien entsprechen: Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$), • Hypotonie (systolischer Druck $\leq 90\text{ mmHg}$), • Oligurie ($< 20\text{ ml/h}$) ohne sonstige erkennbare Ursache <p>UND sämtliche der folgenden Anzeichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen oder Antigene im Blut entdeckt. 2. Keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle². 3. Arzt leitet eine Therapie wegen Sepsis ein. <p>- Sekundäre Sepsis Ein durch Blutkultur isolierter Keim stimmt mit einer verwandten nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein. Dies ist als sekundäre Sepsis zu klassifizieren.</p> <p>* 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. ¹z. B. Koagulase negative Staphylokokken, Corynebakterien, Propionibakterien ² Bei Vorliegen offensichtlicher Infektionen an anderer Stelle, hierzu zählen auch Infektionen an der Gefäßkathetereinstichsstelle inklusive evtl. vorliegender Arterien- oder Veneninfektion, kann keine klinische primäre Sepsis diagnostiziert werden.</p>
--	--

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	<p>0100 = Innere Medizin A</p> <p>0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie</p> <p>0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie</p> <p>0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie</p> <p>0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie</p> <p>0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p>0150 = Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie</p> <p>0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten</p> <p>0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes</p> <p>0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>0190 = Innere Medizin B</p> <p>0191 = Innere Medizin C</p> <p>0192 = Innere Medizin D</p> <p>0200 = Geriatrie</p> <p>0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde</p>
----------------------------------	--

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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Histologie"	<p>01 = Adnexe: Normalbefund 02 = Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste 03 = Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste) 04 = Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom) 05 = Adnexe: Endometriose 06 = Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko- /Zystadenofibrom, Hydatide) 07 = Adnexe: Entzündung 08 = Adnexe: Extrauterin gravidität 09 = Adnexe: Stieldrehung 10 = Adnexe: Borderline-Veränderungen 11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome 19 = Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind 20 = Cervix uteri: Ektopie 21 = Cervix uteri: Dysplasie 22 = Cervix uteri: Carcinoma in situ 23 = Cervix uteri: invasives Karzinom 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</p>
Schlüssel 3 "pT pathologische Klassifikation: primärer Tumor (pTNM)"	<p>0 = 0 1 = 1 1a = 1a 1a1 = 1a1 1a2 = 1a2 1b = 1b 1b1 = 1b1 1b2 = 1b2 1c = 1c 1c1 = 1c1 1c2 = 1c2 1c3 = 1c3 2 = 2</p>

	2a = 2a 2b = 2b 2c = 2c 3 = 3 3a = 3a 3b = 3b 3c = 3c 4 = 4 X = X 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 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~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. ~~Februar 2018~~ Januar 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~'2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~'2018' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.~~01.2018~~12.2019')

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
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	Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

			<p>Erlaubt sind alle Zeichen des deutschen Alphabets, inklusive der Umlaute ä, ö, ü, ß. Nicht erlaubt sind Zahlen, ausländische Umlaute und jegliche Sonderzeichen.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
neu (a.2)	Nachname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
neu (b.1)	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	deutsche Buchstaben (ggf. mehrere Vornamen durch Leerzeichen trennen) □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□ Format: ^[a-zA-Zäöüß]+\$	<p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Namenszusätze werden im Feld „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt“ erfasst. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Adelstitel, akademische Titel)</p> <p>Erlaubt sind alle Zeichen des deutschen Alphabets, inklusive der Umlaute ä, ö, ü, ß. Nicht erlaubt sind Zahlen, ausländische Umlaute und jegliche Sonderzeichen.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
neu (b.2)	Vorname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	<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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser</p>

			verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>mindestens eins ausfüllen</u>			
<u>neu (c.1)</u>	<u>entbindender Standort</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<p><u>Der „entbindende Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode (z.B. 9-260 = Überwachung und Leitung einer normalen Geburt) erbringt.</u></p> <p><u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der Geburtsdokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der „entbindende Standort“ ist der Standort, an dem die Entbindung stattfindet, z.B. im Entbindungsraum, im Kreißaal oder im OP. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt vor Ort, z.B. im OP.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „entbindende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
<u>neu (c.2)</u>	<u>diagnostizierender Standort (ICD)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem ICD-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<p><u>Der „diagnostizierende Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Diagnose gemäß auslösendem ICD-Kode (z.B. Z37.0 = Lebendgeborener Einling) stellt. Hierbei ist nicht der kodierende, sondern der diagnostizierende Standort gemeint.</u></p> <p><u>Bei den auslösenden ICD-Kodes handelt es sich um die im Kodierungssystem bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Diagnosen, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussdiagnosen des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der „diagnostizierende Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Diagnose gestellt wird.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „diagnostizierende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1".

			<p>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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Kliniknummer	<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>	Verwenden Sie die Kliniknummer, die Sie von Ihrer Geschäftsstelle erhalten haben.
7	Geburtsnummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	<p>Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein.</p> <p>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 Zwillingsschwangerschaft mit intrauterinem Fruchttod eines Zwillings mit einem Gewicht unter 500g, im Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" als Totgeburt zu dokumentieren ist, d.h. in diesem Beispiel: Anzahl Mehrlinge "2". Auch verhindert eine Plausibilitätsregel, dass bei 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</p>

			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.
9	Versorgungsstufe	<input type="checkbox"/> 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = Geburtsklinik 5 = sonstiges	Hier ist die „Versorgungsstufe“ der Geburtsklinik gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anzugeben. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation - Mutter			
10	Geburtsdatum der Schwangeren	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
11	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 8 7 bis zum 10.01.201 8 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.201 8 7 bis zum 20.01.201 8 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.201 8 7, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.201 8 7.
12	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.
13	Mutter wurde zuverlegt?	□□□□□□□□ Wenn Mutter zuverlegt, Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses	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. Wenn die Mutter aus dem Ausland zuverlegt wurde, ist ein Institutionskennzeichen anzugeben, das mit dem Wert 2600 beginnt (z.B. 260000000).
14	Aufnahmediagnose Mutter	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ http://www.dimdi.de	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
15	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ http://www.dimdi.de	-

16	vorstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> 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.
17	nachstationäre Behandlung	<input type="checkbox"/> 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.
18	5-stellige PLZ des Wohnortes	□□□□□	-
19	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	□□ Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	-
wenn Feld 19 > 0			
20	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.
21	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.
22	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.
23	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.
24	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			
25	Schwangere während SS einem Arzt/Belegarzt der Geburtsklinik vorgestellt	<input type="checkbox"/> 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.
26	SS im Mutterpass bei Erstuntersuchung als Risiko-SS dokumentiert	<input type="checkbox"/> 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.
27	Befunde im Mutterpass vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass	Wurden keine Befunde im Mutterpass angegeben, tragen Sie "nein" ein, andernfalls dokumentieren Sie mit "ja".
wenn Feld 27 <u>IN= (1;2)</u>			

28	Befunde im Mutterpass	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"/> ... 56. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	<p>In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen.</p> <p>Die Angabe des Schwangerschaftsbefunds "35 = Mehrlingsschwangerschaft" kann jedoch aufgrund einer Plausibilitätsregel zu einem Konflikt mit dem Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" führen und einen Hinweis (weichen Fehler) auslösen. Die Mehrlingsschwangerschaft wird zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft festgestellt. Dagegen wird die Mehrlingsgeburt ("Anzahl Mehrlinge" 2 oder mehr) zum Zeitpunkt der Geburt festgestellt. In der Zwischenzeit kann sich jedoch die Anzahl der zu dokumentierenden "Mehrlinge" verringern.</p> <p>Zur Berechnung des Risikos "Vielgebärender" ist folgendermaßen vorzugehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehrlingsschwangerschaften werden als eine Geburt gezählt • Aborte werden nicht gezählt • die aktuelle Schwangerschaft wird nicht mitgezählt <p>Beachten Sie auch, dass bei manchen Schwangerschaftsbefunden gegebenenfalls eine Übertragung als Geburtsrisiko erforderlich wird, z. B. <u>beim Diabetes mellitus</u>:- Schwangerschaftsbefund "09" <u>und</u>- Geburtsrisiko "68". ÷ Schwangerschaftsbefund "23" und "24": Geburtsrisiko "69"; Schwangerschaftsbefund "35": Geburtsrisiko "64"; Schwangerschaftsbefund "50": Geburtsrisiko "68".</p>
29	gesamter stationärer Klinikaufenthalt während der SS ohne zur Geburt führender Aufenthalt in Tagen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
30	Schwangerschaftswoche des ersten Aufenthalts nicht zur Geburt führend	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
31	Indikation für stat. Aufenthalt	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	-
32	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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).
33	Gesamtzahl Ultraschall-Untersuchungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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).
34	Vortest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 2 = <u>aus Mutterpass nicht ermittelbar</u>	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 34 = 1			

35	Vortest auffällig	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter „B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ Zeile „50 Gestationsdiabetes“. Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
36	Diagnostet zum Gestationsdiabetes durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja <u>2 = aus Mutterpass nicht ermittelbar</u>	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 36 = 1			
37	Diagnostet auffällig	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können künftig das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter „B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ Zeile „50 Gestationsdiabetes“. Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
38	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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. <u>Die Angaben sind aus dem Mutterpass zu erheben oder in der Klinik zu messen.</u>
39	letztes Gewicht vor Geburt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: 10 - 350 kg Angabe ohne Warnung: 35 - 200 kg	<u>Die Angaben sind aus dem Mutterpass zu erheben oder in der Klinik zu messen.-</u>
40	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 100 - 210 cm	-
41	Tokolyse i.v.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 41 = 1			
42	Dauer der i.v. Tokolyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 120 Tage	-
43	Tokolyse oral	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
44	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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

			<p>Schwangerschaft wird auf 280 Tage = 40 Wochen post menstruationem festgesetzt. Dies dient als Orientierung für die Abgrenzung weiterer Intervalle beispielsweise für Frühgeborene und Übertragene.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
wenn Feld 28 EINSIN (38) oder wenn Feld 44 = LEER			
45	Tragzeit nach klinischem Befund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 0 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	<p>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.</p> <p>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 einem Schwangerschaftsalter von 34 Wochen geboren werden.</p>
46	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 46 = 1			
47	Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung	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"/> http://www.dimdi.de Zur Verschlüsselung der Fehlbildungen ist das Kapitel XVII „Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien“ des ICD-10 heranzuziehen	-
48	pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung, gesichert/Verdacht auf	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/>	Bei mehreren angegebenen Fehlbildungen ist entsprechend der Reihenfolge im Datenfeld „Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten

		<input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 1 – gesichert <input checked="" type="checkbox"/> 2 – Verdacht auf	Fehlbildung“ zu dokumentieren, ob die Fehlbildung pränatal gesichert wurde oder lediglich der Verdacht darauf besteht.
49	SSW der pränatal diagnostizierten Fehlbildung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 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. 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.
Angaben zur Entbindung			
50	Aufnahmeart	<input type="checkbox"/> 1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	„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. Wenn ein Kind vor Erreichen des Krankenhauses geboren wurde, die Plazenta aber erst im Krankenhaus, führt dies als Einschlussprozedur zur Auslösung eines QS-Bogens. Die Dokumentation der außerklinischen Geburten wird von der Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. durchgeführt; Internet: http://www.quag.de
51	Muttermundsweite bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
52	Lungenreifebehandlung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der Lungenreifebehandlung erfolgte extern	Bitte geben Sie an, ob eine Lungenreifebehandlung durchgeführt wurde. 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.

53	Lungenreifebehandlung-zuletzt am	<input type="text"/> 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.)
54	Aufnahme-CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
55	Geburtsrisiken	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 55 = 1			
56	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"/> siehe Schlüssel 3	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen laut Schlüsselwert „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 <u>post menstruationem p.e.</u> zu dokumentieren.
57	Medikamentöse Zervixreifung	<input type="checkbox"/> 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.
58	Geburtseinleitung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
59	Wehenmittel s. p.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zu Steigerung der Wehen (Wehenmittel) verabreicht?
60	Tokolyse s. p.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zur Hemmung der Wehen (Tokolyse) verabreicht?
61	Episiotomie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige	-
Komplikationen bei der Mutter			
62	Damriss	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	Geben Sie bitte an, ob ein Damriss vorliegt. Wenn ein Damriss vorliegt, dann geben Sie den Grad nach der vierstufigen Einteilung nach Williams an. Damriss Schweregrad-Einteilung nach Williams Grad Zerreißung der hinteren Vaginalhaut. I Einrisse an der Damnhaut Grad Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Grad Alle Sphincterverletzungen ohne Beteiligung der Rectumschleimhaut III

			<p>Grad Verletzung von Sphincter und IV Rectumschleimhaut</p> <p>Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Fischer; 2003.</p>
63	Blutung > 1000 ml	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
64	Hysterektomie/Laparotomie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
65	Eklampsie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
66	Sepsis	<input type="checkbox"/> 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 intravaskulärem Fremdkörper isoliert und Arzt beginnt

			<p>entsprechende antimikrobielle Therapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.</p> <p>B X Sekundäre Sepsis (Ergänzende Falldefinition durch NRZ) 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.</p>
67	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
68	Anämie Hb < 10 g/dl	<input type="checkbox"/> < 6,2 mmol/L 0 = nein 1 = ja	Als Anämie wird hier eine Massenkonzentration des Hämoglobins im peripheren Blut von weniger als 10 g/dl oder eine Substanzkonzentration des Hämoglobin-Monomers (Hb/4) im peripheren Blut von weniger als 6,20 mmol/L festgelegt. Konversionsfaktor: g/100 ml * 0,6206 = mmol/L.
69	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen nur behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden. So ist z B. ein nicht behandelter Descensus uteri, der nur im Arztbrief erwähnt wird, nicht zu kodieren.
wenn Feld 69 = 1			
70 <u>(70.1)</u>	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 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>
71 (70.2)	kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
72 (70.3)	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
73 (70.4)	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
74 (70.5)	Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC) muss eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <p>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.</p> <p>2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eines der folgenden Anzeichen:</p> <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)

			<ul style="list-style-type: none"> • Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen • zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10² 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>
75 (70.6)	Wundinfektion/Abszessbildung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
76 (70.7)	Wundhämatom/Nachblutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion).
77 (70.8)	sonstige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	z. B. AV-Fistel, Aneurysma spurium, Nervenläsion
Entlassung / Verlegung			
78	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 201 9 ⁸ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
79	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> http://www.dimdi.de	Bitte hier nur weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose der Mutter angeben. Die auslösende Diagnose bitte in Item "Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter" dokumentieren.
80	Entlassungsgrund Mutter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 4 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
81	Entlassungsdatum Mutter	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 8 ⁷ bis

			zum 10.01.2018 ⁷ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 ⁷ bis zum 20.01.2018 ⁷ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 ⁷ , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 ⁷
82	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Kind (K)			
Basisdokumentation			
83	lfd. Nr. des Mehrlings	<input type="checkbox"/> 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. <u>Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2. Bei Einlingen eine 1 eintragen.</u>
84	Blasensprung vor Wehenbeginn	<input type="checkbox"/> 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 84 = 1			
85	Datum des vorzeitigen Blasensprungs	<input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
86	Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs	<input type="checkbox"/> Format: hh:mm	-
87	Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 84 = 1			
88	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	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 88 IN (1;2;3)			
89	Beginn der Antibiotikagabe	<input type="checkbox"/> 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.
90	CTG-Kontrolle	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Geben Sie bitte an, ob in der geburtshilflichen Abteilung eine weitere Kardiotokographie nach dem Aufnahme-CTG durchgeführt wurde. Hier wird unterschieden zwischen externem CTG und internem CTG; ferner zwischen intermittierend, kontinuierlich bis Geburt und bei Sectio caesarea kontinuierlich bis zur Desinfektion. Geben Sie bitte jeweils für externes und internes CTG nur einen in Frage kommenden Parameter an.
wenn Feld 90 = 1			

91 (91.1)	externes CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit externer Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Ultraschallsonde gemeint, die auf die Bauchhaut der Schwangeren aufgelegt wird. Diese konservative Methode wird bei intakter Fruchtblase vorgenommen.
92 (91.2)	internes CTG	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit interner Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Kopfschwartenelektrode (KSE) gemeint, die in die Kopfhaut des Kindes gedreht wird. Diese invasive Methode kann bei bereits gesprungener Fruchtblase vorgenommen werden, wenn die externe CTG keine zuverlässigen Ergebnisse liefert.
93	Blutgasanalyse Fetalblut	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn vor der Entbindung des Kindes während der Geburt eine Blutprobe vom Kind entnommen wurde (Fetalblutanalyse, Mikroblooduntersuchung), dann tragen Sie bitte "1 = ja" ein.
wenn Feld 93 = 1			
94	Base Excess der Fetalblutanalyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 20 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - 0 mmol/l	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblooduntersuchung 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.
95	pH-Wert der Fetalblutanalyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblooduntersuchung 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".
96	Lage	<input type="checkbox"/> 1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt	Geben Sie bitte an, um welche Kindslage es sich handelt. Bei vorderer Hinterhauptslage ist die regelrechte Schädellage zu kodieren. Beachten Sie bitte die entsprechenden Geburtsrisiken laut Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken".
97	Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen <u>oder des vorzeitigen Blasensprung</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden Angabe ohne Warnung: <= 29 Stunden	<u>Gezählt wird die Stundenzahl ab dem ersten Auftreten eines der beiden genannten Ereignisse.-</u>
98	aktive Pressperiode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Kopfkompresseion und Minderdurchblutung</u>

			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. Die Dauer der aktiven Pressperiode ist in Minuten anzugeben.
99	Anästhesien	<input type="checkbox"/> 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 Anesthesisten 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 99 = 1			
100	Allgemeinanästhesie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Die allgemeine Anästhesie entspricht hier einer Intubationsnarkose.
101	Pudendusnästhesie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
102	sonstige Anästhesie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
103	Epi-/Periduralanästhesie	<input type="checkbox"/> 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anesthesisten	-
104	Spinalanästhesie	<input type="checkbox"/> 1 = durch Geburtshelfer 2 = durch Anesthesisten	-
105	Entbindungsmodus	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OPS http://www.dimdi.de	siehe Anmerkung 1
wenn Feld 105 NICHT IN OPS_GebSpontanEntbind			
106	Indikation zur operativen Entbindung	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3	In diesem Feld ist die Indikation zur operativen Entbindung nach dem Schlüsselwert „Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken“ zu dokumentieren. Ausnahmen bilden hierbei die <u>unspezifischen</u> Entbindungsmodi Schlüssel "8-515", "9-260", "9-261" und "9-268". <u>In seltenen Fällen kann es sich hier ggf. um eine operative Entbindung handeln.</u> In diesen Fällen <u>ist zu entscheiden, ob es sich um eine operative oder um eine spontane Entbindung handelt.</u> Bei einer operativen Entbindung ist <u>keine die Indikation zur operativen Entbindung einzutragen.</u> Bei den Entbindungsmodi "5-727.0" und "8-515" <u>liegt keine operative Entbindung vor.</u> Es ist daher keine Indikation zur operativen Entbindung zu dokumentieren. Die Terminüberschreitung (Nr. 61) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen <u>post menstruationem p.c.</u> zu dokumentieren.
wenn Feld 105 IN OPS_Sectio			
107	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-

		Schnitt-Nahtzeit bei Sectio caesarea Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 10 - 90 Minuten	
108	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	<input type="checkbox"/> 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.
109	OP-Pflegekraft bei Sectio caesarea	<input type="checkbox"/> 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.
wenn Feld 105 IN OPS_Sectio			
110	Notsektio	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klinischen Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint.
wenn Feld 110 = 1			
111	Hauptindikation bei Notsektio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3	Die Terminüberschreitung (Nr. 155,156) ist ab 14 Tagen Überschreitung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem-e- zu dokumentieren.
112	E-E-Zeit bei Notsektio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 599 Minuten Angabe ohne Warnung: 1 - 19 Minuten	-
113	Hebamme	<input type="checkbox"/> 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 Kreißsaal, nicht die Funktion (Beispiel: Operateur, OP-Assistenz)
114	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
115	Assistent in Facharzt-Weiterbildung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hinweis: Gemeint ist die Anwesenheit im Kreißsaal, nicht die Funktion (Beispiel: Operateur, OP-Assistenz)
116	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
117	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
Basisdokumentation - Kind			
118	Geburtsdatum des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
119	Uhrzeit der Geburt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
120	Geburtsdiagnose Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de	-
121	weitere kombinierte Geburtsdiagnose Kind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de	-
122	Geschlecht des Kindes	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-

123	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 1 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 1 Minute nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .
124	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 5 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 5 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .
125	APGAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nach 10 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 10 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .
126	Gewicht des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 500 - 4499 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.
127	Kopfumfang des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 99 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 49 cm	-
128	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Diese Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.
wenn Feld 128 = 1			
129	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 20 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - -0,1 mmol/l	Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende, relevante Wert ist der wahre, nicht korrigierte oder abgeleitete Base-Excess-Wert. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Beispiel: "-8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
130	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Tragen Sie bitte den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie eines Lebendgeborenen mit zwei Nachkommastellen ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert für pH wird mit zwei Nachkommastellen angegeben. Bei

			Geräten, die drei Nachkommastellen ausgeben, ist die dritte Stelle kaufmännisch zu runden. Beispiel: "7,25"; Beispiel: "7,05".
131	Intubation	<input type="checkbox"/> 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.
132	Volumensubstitution	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
133	Pufferung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine Pufferung des Säuren-Basen-Haushalts beim Kind vorgenommen wurde.
134	Maskenbeatmung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
135	O2-Anreicherung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wurde dem Kind Sauerstoff über die Raumluft verabreicht, so kreuzen Sie bitte "ja" an. Die Sauerstoff-Anreicherung ist keine Reanimationsmaßnahme wie die Maskenbeatmung und die Intubation und ist daher von diesen beiden Maßnahmen zu unterscheiden.
136	U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung	<input type="checkbox"/> 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.
137	Fehlbildung vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
138	Fehlbildung pränatal diagnostiziert	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmt	-
139	Diagnose Morbidität des Kindes	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ ... <u>10. □□□.□□</u> http://www.dimdi.de	Hier verschlüsseln Sie bitte gemäß aktueller ICD-10-GM-Version 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 Dokumentation von ICD-Codes für Fehlbildungen von besonderem Interesse.
Bei Totgeburt			
140	Totgeburt	<input type="checkbox"/> 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.

			<p>(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> <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</p> <p>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 140 = 1			
141	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
142	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	<input type="checkbox"/> 1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	-
Entlassung / Verlegung			
143	Kind in Kinderklinik verlegt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
144	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	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 Entlassungsgrund eingetragen ist.
145	Entlassungs-/Verlegungszeit aus der Geburtsklinik Kind	<input type="text"/> : <input type="text"/> Format: hh:mm	-
146	Endgültige Entlassung aus / Tod in / stationär in	<input type="checkbox"/> 1 = Geburtsklinik 2 = Kinderklinik	-
147	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind	1. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> http://www.dimdi.de	-
148	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 4 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
149 (149.1)	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
150 (149.2)	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			
151	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	<input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
152	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	<input type="checkbox"/> 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.
153	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. <u>□□□.□□</u> http://www.dimdi.de	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
154	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.
155	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 "Entbindungsmodus(ENTBINDMODUS)"	<p>Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren.</p> <p>Falls kein Kode aus der folgenden Liste dokumentiert ist, wählen Sie bitte einen OPS-Kode aus der Liste aus, der dem durchgeführten Entbindungsmodus am ehesten entspricht.</p> <p>OPS- Titel Kode</p> <p>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</p>
---	--

	<p>5-725.y Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.</p> <p>5-727.0 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen</p> <p>5-727.1 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen</p> <p>5-727.2 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe</p> <p>5-727.3 Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe</p> <p>5-727.x Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige</p> <p>5-727.y Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.</p> <p>5-728.0 Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang</p> <p>5-728.1 Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte</p> <p>5-728.x Vakuumentbindung: Sonstige</p> <p>5-728.y Vakuumentbindung: N.n.bez.</p> <p>5-729 Andere instrumentelle Entbindung</p> <p>5-732.2 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen</p> <p>5-732.3 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken</p> <p>5-732.4 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation</p> <p>5-732.5 Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling</p> <p>5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär</p> <p>5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär</p> <p>5-740.y Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.</p> <p>5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal</p> <p>5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal</p> <p>5-741.2 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision</p> <p>5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision</p> <p>5-741.4 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision</p> <p>5-741.5 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision</p> <p>5-741.x Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige</p> <p>5-741.y Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.</p> <p>5-742.0 Sectio caesarea extraperitonealis: Primär</p> <p>5-742.1 Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär</p> <p>5-742.y Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.</p> <p>5-749.0 Andere Sectio caesarea: Resectio</p> <p>5-749.10 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär</p> <p>5-749.11 Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär</p> <p>5-749.x Andere Sectio caesarea: Sonstige</p> <p>5-749.y Andere Sectio caesarea: N.n.bez.</p> <p>8-515 Partus mit Manualhilfe</p> <p>9-260 Überwachung und Leitung einer normalen Geburt</p> <p>9-261 Überwachung und Leitung einer Risikogeburt</p> <p>9-263 Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta</p> <p>9-268 Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2019⁷ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018⁶ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018⁶ aufgenommen worden ist.</p>
--	--

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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
----------------------------------	---

	<p> 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 I 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 II 1591 = Allgemeine Chirurgie III 1592 = Allgemeine Chirurgie IV 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 </p>
--	---

	<p> 2100 = Herzchirurgie 2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie 2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie 2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin 2190 = Herzchirurgie 2191 = Herzchirurgie 2192 = Herzchirurgie 2200 = Urologie 2290 = Urologie 2291 = Urologie 2292 = Urologie 2300 = Orthopädie 2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie 2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie 2390 = Orthopädie 2391 = Orthopädie 2392 = Orthopädie 2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie 2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie 2425 = Frauenheilkunde 2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe 2500 = Geburtshilfe 2590 = Geburtshilfe 2591 = Geburtshilfe 2592 = Geburtshilfe 2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 2700 = Augenheilkunde 2790 = Augenheilkunde 2791 = Augenheilkunde 2792 = Augenheilkunde 2800 = Neurologie 2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie 2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG) 2890 = Neurologie 2891 = Neurologie 2892 = Neurologie 2900 = Allgemeine Psychiatrie 2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie 2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie 2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie 2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung 2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie 2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung 2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik 2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik 2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik 2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik 2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 2990 = Allgemeine Psychiatrie 2991 = Allgemeine Psychiatrie 2992 = Allgemeine Psychiatrie </p>
--	---

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)

<p>56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"</p>	<p>2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahre 14 = Schwangere über 35 Jahre 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen 22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie</p>
<p>Schlüssel 3 "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"</p>	<p>60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Überschreitung des Termins 62 = Fehlbildung 63 = Frühgeburt 64 = Mehrlingsschwangerschaft 65 = Placentainsuffizienz 66 = hypertensive Schwangerschaftserkrankung 67 = Rh-Inkompatibilität 68 = Diabetes mellitus 69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen 70 = Placenta praevia 71 = vorzeitige Plazentalösung</p>

	<p>72 = sonstige uterine Blutungen 73 = Amnioninfektionssyndrom 74 = Fieber unter der Geburt 75 = mütterliche Erkrankung 76 = mangelnde Kooperation der Mutter 77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne 78 = grünes Fruchtwasser 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse) 80 = Nabelschnurvorfall 81 = sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken 85 = Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = tiefer Querstand 92 = hoher Geradstand 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen 94 = sonstige 95 = HELLP-Syndrom 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie</p>
<p>Schlüssel 4 "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Textdefinition

Alle isolierten SH-Frakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, bei Patienten ab 20-18 Jahren

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SH_OPS UND DIAG EINSIN SH_ICD UND DIAG KEINSIN SH_ICD_EX UND PROZ KEINSIN SH_OPS_EX UND ALTER >= 20-18

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SH_OPS
und
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle SH_ICD
und
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle SH_ICD_EX
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle SH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 20-18

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 2017-2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar 2018-2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017-2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017-2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.2018-2019'

Diagnose(n) der Tabelle SH_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle SH_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
S02.0	Schädeldachfraktur

S02.1	Schädelbasisfraktur
S02.2	Nasenbeinfraktur
S02.3	Fraktur des Orbitabodens
S02.4	Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers
S02.60	Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
S02.61	Unterkieferfraktur: Processus condylaris
S02.62	Unterkieferfraktur: Subkondylär
S02.63	Unterkieferfraktur: Processus coronoideus
S02.64	Unterkieferfraktur: Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet
S02.65	Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae
S02.66	Unterkieferfraktur: Symphysis mandibulae
S02.67	Unterkieferfraktur: Pars alveolaris
S02.68	Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile
S02.69	Unterkieferfraktur: Mehrere Teile
S02.7	Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
S02.8	Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet
S04.0	Sehnerv- und Sehbahnenverletzung
S04.1	Verletzung des N. oculomotorius
S04.2	Verletzung des N. trochlearis
S04.3	Verletzung des N. trigeminus
S04.4	Verletzung des N. abducens
S04.5	Verletzung des N. facialis
S04.6	Verletzung des N. vestibulocochlearis
S04.7	Verletzung des N. accessorius
S04.8	Verletzung sonstiger Hirnnerven
S04.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Hirnnervs
S05.4	Penetrierende Wunde der Orbita mit oder ohne Fremdkörper
S05.5	Penetrierende Wunde des Augapfels mit Fremdkörper
S05.6	Penetrierende Wunde des Augapfels ohne Fremdkörper
S05.7	Abriss des Augapfels
S05.8	Sonstige Verletzungen des Auges und der Orbita
S06.1	Traumatisches Hirnödem
S06.20	Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
S06.21	Diffuse Hirnkontusionen
S06.22	Diffuse Kleinhirnkontusionen
S06.23	Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome
S06.28	Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen
S06.31	Umschriebene Hirnkontusion
S06.32	Umschriebene Kleinhirnkontusion
S06.33	Umschriebenes zerebrales Hämatom
S06.34	Umschriebenes zerebellares Hämatom
S06.38	Sonstige umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzungen
S06.4	Epidurale Blutung
S06.5	Traumatische subdurale Blutung
S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung
S06.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen
S07.0	Zerquetschung des Gesichtes
S07.1	Zerquetschung des Schädels
S07.8	Zerquetschung sonstiger Teile des Kopfes
S07.9	Zerquetschung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet
S12.0	Fraktur des 1. Halswirbels
S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels
S12.21	Fraktur des 3. Halswirbels
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels
S12.23	Fraktur des 5. Halswirbels
S12.24	Fraktur des 6. Halswirbels

S12.25	Fraktur des 7. Halswirbels
S12.7	Multiple Frakturen der Halswirbelsäule
S12.8	Fraktur sonstiger Teile im Bereich des Halses
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet
S13.10	Luxation eines Halswirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S13.11	Luxation von Halswirbeln: C1/C2
S13.12	Luxation von Halswirbeln: C2/C3
S13.13	Luxation von Halswirbeln: C3/C4
S13.14	Luxation von Halswirbeln: C4/C5
S13.15	Luxation von Halswirbeln: C5/C6
S13.16	Luxation von Halswirbeln: C6/C7
S13.17	Luxation von Halswirbeln: C7/T1
S13.18	Luxation von Halswirbeln: Sonstige
S14.0	Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
S14.10	Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
S14.11	Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
S14.12	Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
S14.13	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
S14.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule
S14.3	Verletzung des Plexus brachialis
S14.4	Verletzung peripherer Nerven des Halses
S14.5	Verletzung zervikaler sympathischer Nerven
S14.6	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses
S14.70	Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S14.71	Verletzung des Rückenmarkes: C1
S14.72	Verletzung des Rückenmarkes: C2
S14.73	Verletzung des Rückenmarkes: C3
S14.74	Verletzung des Rückenmarkes: C4
S14.75	Verletzung des Rückenmarkes: C5
S14.76	Verletzung des Rückenmarkes: C6
S14.77	Verletzung des Rückenmarkes: C7
S14.78	Verletzung des Rückenmarkes: C8
S15.00	Verletzung: A. carotis, Teil nicht näher bezeichnet
S15.01	Verletzung: A. carotis communis
S15.02	Verletzung: A. carotis externa
S15.03	Verletzung: A. carotis interna
S15.1	Verletzung der A. vertebralis
S15.2	Verletzung der V. jugularis externa
S15.3	Verletzung der V. jugularis interna
S15.7	Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Halses
S15.8	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
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 Organs
S28.0	Brustkorbzerquetschung
S28.1	Traumatische Amputation eines Teiles des Thorax
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5
S32.1	Fraktur des Os sacrum
S32.2	Fraktur des Os coccygis
S32.3	Fraktur des Os ilium
S32.4	Fraktur des Acetabulums
S32.5	Fraktur des Os pubis
S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S32.81	Fraktur: Os ischium
S32.82	Fraktur: Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, Teil nicht näher bezeichnet
S32.83	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
S35.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Blutgefäßes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S36.00	Verletzung der Milz, nicht näher bezeichnet

S36.01	Hämatom der Milz
S36.02	Kapselriss der Milz, ohne größeren Einriss des Parenchyms
S36.03	Rissverletzung der Milz mit Beteiligung des Parenchyms
S36.04	Massive Parenchymruptur der Milz
S36.08	Sonstige Verletzungen der Milz
S36.10	Verletzung der Leber, nicht näher bezeichnet
S36.11	Prellung und Hämatom der Leber
S36.12	Rissverletzung der Leber, nicht näher bezeichnet
S36.13	Leichte Rissverletzung der Leber
S36.14	Mittelschwere Rissverletzung der Leber
S36.15	Schwere Rissverletzung der Leber
S36.16	Sonstige Verletzungen der Leber
S36.17	Verletzung: Gallenblase
S36.18	Verletzung: Gallengang
S36.20	Verletzung des Pankreas: Teil nicht näher bezeichnet
S36.21	Verletzung des Pankreas: Kopf
S36.22	Verletzung des Pankreas: Körper
S36.23	Verletzung des Pankreas: Schwanz
S36.29	Verletzung des Pankreas: Sonstige und mehrere Teile
S36.3	Verletzung des Magens
S36.40	Verletzung: Dünndarm, Teil nicht näher bezeichnet
S36.41	Verletzung: Duodenum
S36.49	Verletzung: Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes
S36.50	Verletzung: Dickdarm, Teil nicht näher bezeichnet
S36.51	Verletzung: Colon ascendens
S36.52	Verletzung: Colon transversum
S36.53	Verletzung: Colon descendens
S36.54	Verletzung: Colon sigmoideum
S36.59	Verletzung: Sonstige und mehrere Teile des Dickdarmes
S36.6	Verletzung des Rektums
S36.7	Verletzung mehrerer intraabdominaler Organe
S36.81	Verletzung: Peritoneum
S36.82	Verletzung: Mesenterium
S36.83	Verletzung: Retroperitoneum
S36.88	Verletzung: Sonstige intraabdominale Organe
S36.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten intraabdominalen Organs
S37.00	Verletzung der Niere, nicht näher bezeichnet
S37.01	Prellung und Hämatom der Niere
S37.02	Rissverletzung der Niere
S37.03	Komplette Ruptur des Nierenparenchyms
S37.1	Verletzung des Harnleiters
S37.20	Verletzung der Harnblase, nicht näher bezeichnet
S37.21	Prellung der Harnblase
S37.22	Ruptur der Harnblase
S37.28	Sonstige Verletzungen der Harnblase
S37.30	Verletzung der Harnröhre: Nicht näher bezeichnet
S37.31	Verletzung der Harnröhre: Pars membranacea
S37.32	Verletzung der Harnröhre: Pars spongiosa
S37.33	Verletzung der Harnröhre: Pars prostatica
S37.38	Verletzung der Harnröhre: Sonstige Teile
S37.4	Verletzung des Ovars
S37.5	Verletzung der Tuba uterina
S37.6	Verletzung des Uterus
S37.7	Verletzung mehrerer Harnorgane und Beckenorgane
S37.81	Verletzung: Nebenniere
S37.82	Verletzung: Prostata
S37.83	Verletzung: Bläschendrüse [Vesicula seminalis]

S37.84	Verletzung: Samenleiter
S37.88	Verletzung: Sonstige Beckenorgane
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorgans oder Beckenorgans
S38.0	Zerquetschung der äußeren Genitalorgane
S38.1	Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S38.2	Traumatische Amputation der äußeren Genitalorgane
S38.3	Traumatische Abtrennung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S39.6	Verletzung eines oder mehrerer intraabdominaler Organe mit Beteiligung eines oder mehrerer Beckenorgane
S39.7	Multiple Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
S39.88	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
S44.1	Verletzung des N. medianus in Höhe des Oberarmes
S44.2	Verletzung des N. radialis in Höhe des Oberarmes
S44.3	Verletzung des N. axillaris
S44.4	Verletzung des N. musculocutaneus
S45.0	Verletzung der A. axillaris
S45.1	Verletzung der A. brachialis
S45.2	Verletzung der V. axillaris oder der V. brachialis

S47	Zerquetschung der Schulter und des Oberarmes
S48.0	Traumatische Amputation im Schultergelenk
S48.1	Traumatische Amputation zwischen Schulter und Ellenbogen
S48.9	Traumatische Amputation an Schulter und Oberarm, Höhe nicht näher bezeichnet
S52.00	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Teil nicht näher bezeichnet
S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon
S52.02	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Processus coronoideus ulnae
S52.09	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Sonstige und multiple Teile
S52.10	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Teil nicht näher bezeichnet
S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf
S52.12	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kollum
S52.19	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Sonstige und multiple Teile
S52.20	Fraktur des Ulnaschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
S52.21	Fraktur des proximalen Ulnaschaftes mit Luxation des Radiuskopfes
S52.30	Fraktur des Radiuschaftes, Teil nicht näher bezeichnet
S52.31	Fraktur des distalen Radiuschaftes mit Luxation des Ulnakopfes
S52.4	Fraktur des Ulna- und Radiuschaftes, kombiniert
S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet
S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur
S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur
S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile
S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert
S52.7	Multiple Frakturen des Unterarmes
S52.8	Fraktur sonstiger Teile des Unterarmes
S52.9	Fraktur des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet
S53.0	Luxation des Radiuskopfes
S53.10	Luxation des Ellenbogens: Nicht näher bezeichnet
S53.11	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach vorne
S53.12	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach hinten
S53.13	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach medial
S53.14	Sonstige und nicht näher bezeichnete Luxation des Ellenbogens: Nach lateral
S53.18	Luxation des Ellenbogens: Sonstige
S53.2	Traumatische Ruptur des Lig. collaterale radiale
S53.3	Traumatische Ruptur des Lig. collaterale ulnare
S54.0	Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Unterarmes
S54.1	Verletzung des N. medianus in Höhe des Unterarmes
S54.2	Verletzung des N. radialis in Höhe des Unterarmes
S54.7	Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Unterarmes
S55.0	Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Unterarmes
S55.1	Verletzung der A. radialis in Höhe des Unterarmes
S55.7	Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Unterarmes
S57.0	Zerquetschung des Ellenbogens
S57.8	Zerquetschung sonstiger Teile des Unterarmes
S57.9	Zerquetschung des Unterarmes, Teil nicht näher bezeichnet
S58.0	Traumatische Amputation im Ellenbogengelenk
S58.1	Traumatische Amputation zwischen Ellenbogen und Handgelenk
S58.9	Traumatische Amputation am Unterarm, Höhe nicht näher bezeichnet
S62.0	Fraktur des Os scaphoideum der Hand
S62.13	Fraktur: Os pisiforme
S62.14	Fraktur: Os trapezium
S62.15	Fraktur: Os trapezoideum
S62.16	Fraktur: Os capitatum
S62.17	Fraktur: Os hamatum
S62.19	Fraktur sonstiger oder mehrerer Handwurzelknochen
S62.20	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.21	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Basis
S62.22	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Schaft

S62.23	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kollum
S62.24	Fraktur des 1. Mittelhandknochens: Kopf
S62.30	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.31	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Basis
S62.32	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Schaft
S62.33	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kollum
S62.34	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens: Kopf
S62.4	Multiple Frakturen der Mittelhandknochen
S62.50	Fraktur des Daumens: Teil nicht näher bezeichnet
S62.51	Fraktur des Daumens: Proximale Phalanx
S62.52	Fraktur des Daumens: Distale Phalanx
S62.60	Fraktur eines sonstigen Fingers: Teil nicht näher bezeichnet
S62.61	Fraktur eines sonstigen Fingers: Proximale Phalanx
S62.62	Fraktur eines sonstigen Fingers: Mittlere Phalanx
S62.63	Fraktur eines sonstigen Fingers: Distale Phalanx
S62.7	Multiple Frakturen der Finger
S62.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Handgelenkes und der Hand
S63.00	Luxation des Handgelenkes: Teil nicht näher bezeichnet
S63.01	Luxation des Handgelenkes: Radioulnar (-Gelenk)
S63.02	Luxation des Handgelenkes: Radiokarpal (-Gelenk)
S63.03	Luxation des Handgelenkes: Mediokarpal (-Gelenk)
S63.04	Luxation des Handgelenkes: Karpometakarpal (-Gelenk)
S63.08	Luxation des Handgelenkes: Sonstige
S63.10	Luxation eines Fingers: Teil nicht näher bezeichnet
S63.11	Luxation eines Fingers: Metakarpophalangeal (-Gelenk)
S63.12	Luxation eines Fingers: Interphalangeal (-Gelenk)
S63.2	Multiple Luxationen der Finger
S64.0	Verletzung des N. ulnaris in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S64.1	Verletzung des N. medianus in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S64.2	Verletzung des N. radialis in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S64.7	Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S65.0	Verletzung der A. ulnaris in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S65.1	Verletzung der A. radialis in Höhe des Handgelenkes und der Hand
S65.2	Verletzung von Gefäßen des Arcus palmaris superficialis
S65.3	Verletzung von Gefäßen des Arcus palmaris profundus
S67.0	Zerquetschung des Daumens und eines oder mehrerer sonstiger Finger
S67.8	Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Handgelenkes und der Hand
S68.0	Traumatische Amputation des Daumens (komplett) (partiell)
S68.1	Traumatische Amputation eines sonstigen einzelnen Fingers (komplett) (partiell)
S68.2	Isolierte traumatische Amputation von zwei oder mehr Fingern (komplett) (partiell)
S68.3	Kombinierte traumatische Amputation (von Teilen) eines oder mehrerer Finger mit anderen Teilen des Handgelenkes und der Hand
S68.4	Traumatische Amputation der Hand in Höhe des Handgelenkes
S68.8	Traumatische Amputation sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand
S68.9	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand, Höhe nicht näher bezeichnet
S72.2	Subtrochantäre Fraktur
S72.3	Fraktur des Femurschaftes
S72.40	Distale Fraktur des Femurs: Teil nicht näher bezeichnet
S72.41	Distale Fraktur des Femurs: Condylus (lateralis) (medialis)
S72.42	Distale Fraktur des Femurs: Epiphyse, Epiphysenlösung
S72.43	Distale Fraktur des Femurs: Suprakondylär
S72.44	Distale Fraktur des Femurs: Interkondylär
S72.7	Multiple Frakturen des Femurs
S72.8	Frakturen sonstiger Teile des Femurs
S73.00	Luxation der Hüfte: Nicht näher bezeichnet
S73.01	Luxation der Hüfte: Nach posterior
S73.02	Luxation der Hüfte: Nach anterior

S73.08	Luxation der Hüfte: Sonstige
S77.0	Zerquetschung der Hüfte
S77.1	Zerquetschung des Oberschenkels
S77.2	Zerquetschung mit Beteiligung der Hüfte und des Oberschenkels
S78.0	Traumatische Amputation im Hüftgelenk
S78.1	Traumatische Amputation zwischen Hüfte und Knie
S78.9	Traumatische Amputation an Hüfte und Oberschenkel, Höhe nicht näher bezeichnet
S82.0	Fraktur der Patella
S82.11	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige
S82.21	Fraktur des Tibiaschaftes: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige
S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)
S82.38	Distale Fraktur der Tibia: Sonstige
S82.40	Fraktur der Fibula, isoliert: Teil nicht näher bezeichnet
S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende
S82.42	Fraktur der Fibula, isoliert: Schaft
S82.49	Fraktur der Fibula, isoliert: Multipel
S82.5	Fraktur des Innenknöchels
S82.6	Fraktur des Außenknöchels
S82.7	Multiple Frakturen des Unterschenkels
S82.81	Bimalleolarfraktur
S82.82	Trimalleolarfraktur
S82.88	Frakturen sonstiger Teile 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. peroneus in Höhe des Unterschenkels
S84.7	Verletzung mehrerer Nerven in Höhe des Unterschenkels
S85.0	Verletzung der A. poplitea
S85.1	Verletzung der A. tibialis (anterior) (posterior)
S85.2	Verletzung der A. peronea
S85.7	Verletzung mehrerer Blutgefäße in Höhe des Unterschenkels
S87.0	Zerquetschung des Knies
S87.8	Zerquetschung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels
T07	Nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

M08.02	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.10	Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
M08.11	Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.12	Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.13	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.14	Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.15	Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.16	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.17	Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.18	Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.19	Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.20	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
M08.21	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.22	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.23	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.24	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.25	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.26	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.27	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.28	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
M08.40	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
M08.41	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.42	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.43	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.44	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.45	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.46	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.47	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.48	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.49	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.70	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.71	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.72	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.73	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.74	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

M08.75	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.76	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.77	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.78	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.80	Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.81	Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.82	Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.83	Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.84	Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.85	Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.86	Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.87	Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M08.91	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.92	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.93	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.94	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.95	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.96	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.97	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.09	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

M09.19	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.25	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.26	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.89	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Q68.3	Angeborene Verbiegung des Femurs
Q68.5	Angeborene Verbiegung der langen 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 SH_OPS

OPS-Kode	Titel
5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals
5-790.0f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Femur proximal
5-790.1e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals
5-790.1f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal
5-790.2e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals
5-790.2f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur proximal
5-790.3e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Schenkelhals
5-790.3f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur proximal
5-790.4e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Schenkelhals

5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal
5-790.5e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
5-790.7e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals
5-790.7f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal
5-790.8e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
5-790.8f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
5-790.9e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals
5-790.9f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur proximal
5-790.ke	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals
5-790.kf	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal
5-793.1e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Schenkelhals
5-793.1f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur proximal
5-793.2e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals
5-793.2f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal
5-793.3e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Schenkelhals
5-793.3f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal
5-793.4e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals
5-793.4f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal
5-793.5e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals
5-793.5f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal
5-793.8e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals
5-793.8f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur proximal
5-793.9e	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Schenkelhals
5-793.9f	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Femur proximal
5-793.ae	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Schenkelhals
5-793.af	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal
5-793.be	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Schenkelhals
5-793.bf	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal
5-793.ge	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals
5-793.gf	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal
5-793.ke	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals

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

Prozedur(en) der Tabelle SH_OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
5-820.21	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.30	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
5-820.31	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
5-820.80	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert

5-820.81	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
5-820.82	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.92	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
5-820.93	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
5-820.95	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
5-820.96	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
5-820.x0	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert
5-820.x1	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert
5-820.x2	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine</u>

			<p><u>Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
7	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	-
8	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			

10	vorbestehende Koxarthrose	<input type="checkbox"/> 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
11	Frakturereignis	<input type="checkbox"/> 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	Als Grund für die akut-stationäre Aufnahme (= in ein Akutkrankenhaus) gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/Weiterbehandlungen zu einem ungeplanten Folgeeingriff geführt haben.
wenn Feld 11 = 2			
12	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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.
13	Zeitpunkt der Fraktur	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausinternen Unfallgeschehens
14	Frakturlokalisierung	<input type="checkbox"/> 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
wenn Feld 14 = 1			
15	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	<input type="checkbox"/> 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation <ul style="list-style-type: none"> • Garden I (Abduktionsfraktur) • Garden II (unverschoben) • Garden III (verschoben) • Garden IV (komplett verschoben)
16	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 16 = 1			
17	Art der Medikation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Vitamin-K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon, Warfarin)	

		<p>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>	
17.1	<u>Vitamin-K-Antagonisten</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja z.B. Phenprocoumon, Warfarin	
17.2	<u>Thrombozytenaggregationshemmer</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol	
17.3	<u>DOAK/NOAK</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban	<u>DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien</u>
17.4	<u>sonstige</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter „sonstige“ zu dokumentieren.</u>
18	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke : 50m werden erreicht) 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. <u>Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann.</u>
19	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.
20	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus.
Präoperative Befunde			
21	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	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)

			<p>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>
22	Wundkontaminationsklassifikationen	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	<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.</p>

			(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)
Operation			
23	Datum des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
24	Beginn des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert
25	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 10 Minuten Angabe ohne Warnung: 15 - 240 Minuten	-
26	Prozedur(en)	1. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS inkl. möglicher Zusatzkodierung http://www.dimdi.de	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 5-820.00 (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. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
27	Operationsverfahren	<input type="checkbox"/> 1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige	-
Intra- und postoperativer Verlauf			
28	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 28 = 1			

29 (29.1)	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht.
30 (29.2)	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out)
31 (29.3)	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/> 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.
32 (29.4)	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	<input type="checkbox"/> 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.
33 (29.5)	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
34 (29.6)	Fraktur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
35 (29.7)	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
36 (29.8)	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
37 (29.9)	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.
38	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> Nach Definition nach CDC 0 = nein 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 38 = 1			
39	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen A1 Postoperative, oberflächliche Wundinfektion A2 Postoperative, tiefe Wundinfektion erfasst Faszien- und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im

			<p>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>
wenn Feld 28 = 1 oder wenn Feld 38 = 1			
40	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms
41	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 41 = 1			
42 (42.1)	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Pneumoniekriterien nach CDC Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen)
43 (42.2)	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
44 (42.3)	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
45 (42.4)	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
46 (42.5)	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/) D1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und D1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter
47 (42.6)	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
48 (42.7)	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
49 (42.8)	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
50	neu aufgetretener Dekubitus	<input type="checkbox"/> (ab 2. Grades), alle Lokalisationen 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 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 (Gewebezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. * Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
51 (42.9)	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: <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 50-65 Jahren			
52	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	<input type="checkbox"/> (gem. Expertenstandard Sturzprophylaxe) 0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
53	Wurden <u>multimodale, individuelle</u> Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	<input type="checkbox"/> siehe z.B. Pflegedokumentation 0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
wenn Feld 53 = 1			
54	Patient hat Gehtraining erhalten	<input type="checkbox"/> 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.
55	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Der Patient sollte für alle erhaltenen Hilfsmittel, z.B. das Laufen mit Unterarmgehstützen oder mit einem Rollator, Training erhalten, bis er sicher im Umgang mit diesem Hilfsmittel ist.
56	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	<input type="checkbox"/> 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 in der Pflege" (2013) sollte die Medikation sorgfältig geprüft und die Gabe von Medikamenten mit bekannten ungünstigen Auswirkungen auf das Sturzrisiko, soweit klinisch gerechtfertigt, begrenzt werden.
57	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	siehe auch DNQP Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
Gehfähigkeit bei Entlassung			
58	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (>500m) 2 = Gehen am Stück bis	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente

		500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (50m werden erreicht) Gehstrecke: 50m) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	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.
59	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
Entlassung Krankenhaus			
60	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
61	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
62	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> 9. <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"/> ... <u>30. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 2019 8 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde

	<p>3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie 3390 = Strahlenheilkunde 3391 = Strahlenheilkunde 3392 = Strahlenheilkunde 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz 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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. ~~Februar 2018~~ Januar 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.~~01.2018~~12.2019')

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
D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes
D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]
N60.0	Solitärzyste der Mamma
N60.1	Diffuse zystische Mastopathie

N60.2	Fibroadenose der Mamma
N60.3	Fibrosklerose der Mamma
N60.4	Ektasie der Ductus lactiferi
N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien
N60.9	Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet
N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]
N64.3	Galaktorrhoe, nicht im Zusammenhang mit der Geburt
N64.5	Sonstige Symptome der Mamma

Prozedur(en) der Tabelle MAM_OPS

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

5-870.61	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie
5-870.a4	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe
5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik
5-870.a6	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik
5-870.a7	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss
5-870.ax	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Sonstige
5-870.x	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Sonstige
5-870.y	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: N.n.bez.
5-872.0	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie
5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5-872.x	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Sonstige
5-872.y	(Modifizierte radikale) Mastektomie: N.n.bez.
5-874.0	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major
5-874.1	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion der Mm. pectorales majores et minores
5-874.2	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion der Mm. pectorales majores et minores
5-874.4	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis minor
5-874.5	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis major
5-874.6	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis minor
5-874.7	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit oberflächlicher Thoraxwandteilresektion (Thoraxwandmuskulatur)
5-874.8	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit tiefer Thoraxwandteilresektion
5-874.x	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Sonstige
5-874.y	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: N.n.bez.
5-877.0	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie
5-877.10	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen
5-877.11	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels
5-877.12	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens
5-877.1x	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Sonstige
5-877.20	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen

5-877.21	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie
5-877.22	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens
5-877.2x	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Sonstige
5-877.x	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Sonstige
5-877.y	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: N.n.bez.
5-879.0	Andere Exzision und Resektion der Mamma: Exzision von ektopischem Mammagewebe
5-879.x	Andere Exzision und Resektion der Mamma: Sonstige
5-879.y	Andere Exzision und Resektion der Mamma: N.n.bez.
5-882.1	Operationen an der Brustwarze: Exzision

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Mammachirurgie (18/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen</u>

			<p><u>Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Identifikationsnummer der Patientin	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
9	Aufnahmediagnose(n)	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"/>	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.

		5. □□□. □□ ... 30. □□□. □□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	
Teildatensatz Brust (BRUST)			
Präoperative Informationen			
10	betroffene Brust / Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	Wenn beide Seiten operiert werden, ist ein zweiter Teildatensatz "Brust" (inkl. Teildatensatz Operation) anzulegen und auszufüllen.
11	Erkrankung an dieser Brust	<input type="checkbox"/> oder Eingriff an dieser Brust 1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie	bei benignen Tumoren oder Tumoren unklarer Dignität: <u>Schlüsselwert 4 = „Primärerkrankung“</u> . <u>Schlüsselwert „prophylaktische Mastektomie“ trifft zu, wenn die Entfernung des gesamten Brustdrüsenkörpers in präventiver Absicht vorgenommen werden soll. Eine prophylaktische Mastektomie wird bei Frauen mit BRCA-1 oder BRCA2-Genmutation und /oder mit familiärer Hochrisikosituation für das Auftreten eines Mammakarzinoms und bei bereits aufgetretenem Karzinom einer Brust für die kontralaterale (gesunde) Brust vorgenommen. Bei der Mastektomie der erkrankten Seite handelt es sich um eine therapeutische Mastektomie. Dann ist Schlüsselwert „Primärerkrankung“ anzugeben.</u>
wenn Feld 11 = 1			
12	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	wenn der erste offene Eingriff die Axilla betrifft, dann ebenfalls mit „ja“ antworten. Ein späterer offener Eingriff an der Brust wird in diesen Fällen nicht mehr als erster offener Eingriff dokumentiert.
wenn Feld 12 = 1			
13	tastbarer Mammabefund	<input type="checkbox"/> 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.
14	Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms	<input type="checkbox"/> 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			
15	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<i>wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv</i> 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.
16	Histologie	<input type="checkbox"/> 1 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial 4 = malignitätsverdächtig 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	Die Auswahlmöglichkeiten sind der B-Klassifikation zugeordnet: 1 = B1: nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = B2: benigne / entzündliche Veränderung (u.a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis) 3 = B3: benigne, aber mit unsicherem biologischem 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 16 = 5			
17	maligne Neoplasie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3 siehe Schlüssel 2	Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.
18	Datum (Ausgang <u>bei</u> Pathologie) des <u>letzten</u> prätherapeutischen histologischen Befundes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	<u>Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde)</u>
wenn Feld 12 = 1			
19	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 11 = 1			
20	abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
Teildatensatz Operation (O)			
Eingriff			
21	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Brust darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 11 IN (1;2;3)			
22	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	präoperative Draht-Markierung auch ja, wenn eine Clip-Markierung erfolgt. <u>Bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes ist „nein“ anzugeben.</u>
wenn Feld 22 IN (1;2;3)			
23	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie	-
24	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
25	Operation	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> <u>7. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></u>	<u>Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.</u> 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

		<p>8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ OPS http://www.dimdi.de</p>	<p>im OPS-Katalog 2011 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Code 5-872.0 ((Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie) als Einschlussprozedur für den Datensatz Mammachirurgie ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-872.0:R, 5-872.0:L oder 5-872.0:B. Die Dokumentation des Codes 5-872.0 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 20198 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20187 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20187 aufgenommen worden ist.</p>
wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld "Erkrankung an dieser Brust" IN (1;2;3)			
26	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<i>wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert</i>
Teildatensatz Brust (BRUST)			
Histologie und Staging			
wenn Feld 11 IN (1;2;3)			
27	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	<input type="checkbox"/> 1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	<ul style="list-style-type: none"> 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 benigner 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 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorausgehenden Mamma-Biopsie anzugeben. <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)</p>

			4 = maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)
wenn Feld 27 = 4			
28	maligne Neoplasie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3 siehe Schlüssel 2	Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.
wenn Feld 11 IN (1;2;3)			
29	primär-operative Therapie abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen 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 29 = 0			
30	weitere Therapieempfehlung	<input type="checkbox"/> 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	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			
31	pT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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). Zur Bestimmung der Tumorgöße 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. ⁽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</p>

			Tumoren, 7. Aufl. (Wittekind Ch, Meyer H-J, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
32	pN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>pNX darf nur angewandt werden, falls keine Lymphknoten untersucht wurden. Wenn die pathologische Klassifikation auf einer Sentinel-Lymphknoten-Untersuchung basiert, muss diese durch den Zusatz (sn) gekennzeichnet werden, also beispielsweise pN1(sn).</p> <p>Im Falle einer vorausgegangenen neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypN-Klassifikation angewandt werden.</p> <p>Falls die neoadjuvante Therapie nach der Lymphknotenbiopsie erfolgte, wird das Präfix „y“ nicht verwendet, sondern es ist die pN-Klassifikation anzuwenden.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
33	Grading	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> G1 = <u>Grad 1 (low grade)</u> G2 = <u>Grad 2 (intermediate grade)</u> G3 = <u>Grad 3 (high grade)</u> GX = <u>Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)</u>	<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 Für die externe Qualitätssicherung ist die Angabe Grad 1, 2, oder 3 <u>ohne Angabe des Graduierungsschemas</u> 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: 032-0450L. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012.</p> <p>Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
34	Gesamttumorgroße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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</p>

			(Mikrokalk-Ausdehnung) üblich und soll hier dokumentiert werden, um für die weitere Planung der Therapie ein Größenmaß zu haben.
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom			
35	Grading (WHO)	<input type="checkbox"/> 1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	<i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</i> Auswahl nach Schlüssel: G Beim invasiven Karzinom erfolgt das Grading nach Elston und Ellis ⁽¹⁾ (sog. Nottingham histologic grading). Eine begleitende in-situ-Komponente wird beim Grading invasiver Karzinome nicht berücksichtigt. ⁽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. Histopathology 19: 403-410. ⁽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: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
36	immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus	<input type="checkbox"/> 0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	<i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</i> Bei Rezidiverkrankungen bezieht sich das Datenfeld auf die Bestimmung des Hormonrezeptorstatus aus dem Gewebe des Rezidivs. Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus • positiv/negativ nur dann, falls Hormonrezeptoren mit immunohistochemischen Verfahren bestimmt wurden • Angabe auch, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden Die Interpretation der immunohistochemischen Reaktionsergebnisse folgt den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Hammond, ME et al. 2010): • ER- bzw. PgR-positiv: mindestens 1 % positive Tumorzellkerne • ER- oder PgR-negativ: weniger als 1 % positive Tumorzellkerne. ⁽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. J Clin Oncol 2010; 28(16):2784-2795.
37	HER2/ neu -Status	<input type="checkbox"/> 0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH	<i>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</i>

		<p>negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 9 = unbekannt</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⁾)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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⁾ 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 bzw. das Ergebnis blieb grenzwertig, gilt das als Status unbekannt.</p> <p>(1) 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) 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>
<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom <u>und wenn Feld 11=1</u></p>			
38	<p>histologisch gesicherte Multizentrität</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja</p>	<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>

			Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom			
39	R0-Resektion	<input type="checkbox"/> 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 39 = 1			
40	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	<input type="checkbox"/> Abschließende Bewertung 1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm <u>bis < 2mm</u> 3 = >= 2 mm 8 = es liegen keine Angaben vor	<ul style="list-style-type: none"> Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors (<u>invasives Karzinom, DCIS</u>) von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der <u>minimale Sicherheitsabstand derjenigen invasiven Komponente (invasiv oder und der intraduktalen Komponente)</u> anzugeben, <u>der den minimalsten Abstand von den Resektionsrändern hat.-</u> 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 Nachresektate ohne histologisch nachweisbare Tumorreste in die Bestimmung der Sicherheitsabstände (mm) einzubeziehen.
41	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen	<input type="checkbox"/> 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = >= 3	<ul style="list-style-type: none"> Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist als Nachoperation zu werten. 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.
Art der erfolgten Therapie			
wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
42	brusterhaltende Therapie (BET)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	<i>wenn Primärerkrankung oder wenn Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i> 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.
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
43	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	<i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i> Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der

			<p>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. <u>Die Entnahme mehrerer Lymphknoten im Rahmen der Sentinel-Lymphknotenentfernung ist nicht gleichbedeutend mit einer Axilladisektion.</u></p> <p>"2→ja, Axilladisektion", wenn eine systematische Axilladisektion erfolgte</p>
44	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p><i>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</i></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)			
45	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p><i>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</i></p> <p>"1 = ja", auch wenn die interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist.</p>
Entlassung			
46	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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187</p>
47	Entlassungsdiagnose(n)	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ ... <u>30. □-□□□.□□</u> OPS http://www.dimdi.de	<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 20198 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach</p>

			dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
48	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 5 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie 3200 = Nuklearmedizin 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde 3290 = Nuklearmedizin 3291 = Nuklearmedizin 3292 = Nuklearmedizin 3300 = Strahlenheilkunde 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie 3390 = Strahlenheilkunde 3391 = Strahlenheilkunde 3392 = Strahlenheilkunde 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
<p>Schlüssel 2 "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"</p>	<p>8010/3 = Karzinom o.n.A. 8010/6 = Karzinom, Metastase o.n.A. 8013/3 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom 8013/6 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase 8013/9 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8022/3 = Pleomorphes Karzinom 8022/6 = Pleomorphes Karzinom, Metastase 8022/9 = Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8032/3 = Spindelzellkarzinom o.n.A. 8035/3 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen 8035/6 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase 8035/9 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8041/3 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A.</p>

	<p>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</p>
--	--

	<p>Metastase</p> <p>8523/3 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen</p> <p>8523/6 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase</p> <p>8523/9 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8524/3 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen</p> <p>8524/6 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase</p> <p>8524/9 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8530/3 = Inflammatorisches Karzinom</p> <p>8530/6 = Inflammatorisches Karzinom, Metastase</p> <p>8530/9 = Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8540/3 = M. Paget der Brust</p> <p>8541/3 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom</p> <p>8541/6 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase</p> <p>8541/9 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8543/3 = M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom</p> <p>8550/3 = Azinuszellkarzinom</p> <p>8550/6 = Azinuszellkarzinom, Metastase</p> <p>8550/9 = Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8560/3 = Adenosquamöses Karzinom</p> <p>8560/6 = Adenosquamöses Karzinom, Metastase</p> <p>8560/9 = Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8572/3 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie</p> <p>8572/6 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase</p> <p>8572/9 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8574/3 = Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung</p> <p>8575/3 = Metaplastisches Karzinom o.n.A.</p> <p>8575/6 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase</p> <p>8575/9 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8800/3 = Sarkom o.n.A.</p> <p>8800/6 = Sarkom o.n.A., Metastase</p> <p>8800/9 = Sarkomatose o.n.A.</p> <p>8850/3 = Liposarkom o.n.A.</p> <p>8850/6 = Liposarkom o.n.A., Metastase</p> <p>8850/9 = Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8890/3 = Leiomyosarkom o.n.A.</p> <p>8890/6 = Leiomyosarkom o.n.A., Metastase</p> <p>8890/9 = Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8900/3 = Rhabdomyosarkom o.n.A.</p> <p>8900/6 = Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase</p> <p>8900/9 = Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>8982/3 = Malignes Myoepitheliom</p> <p>8982/6 = Malignes Myoepitheliom, Metastase</p> <p>8982/9 = Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>9020/1 = Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität</p> <p>9020/3 = Maligner Phylloides-Tumor</p> <p>9020/6 = Maligner Phylloides-Tumor, Metastase</p> <p>9020/9 = Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>9120/3 = Hämangiosarkom</p> <p>9120/6 = Hämangiosarkom, Metastase</p> <p>9120/9 = Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>9180/3 = Osteosarkom o.n.A.</p> <p>9180/6 = Osteosarkom o.n.A., Metastase</p> <p>9180/9 = Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase</p> <p>9590/3 = Malignes Lymphom o.n.A.</p> <p>9680/3 = Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.</p> <p>9687/3 = Burkitt-Lymphom o.n.A.</p> <p>9690/3 = Follikuläres Lymphom o.n.A.</p> <p>9699/3 = Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.</p>
<p>Schlüssel 3 "Path. T-Stadium Mamma"</p>	<p>pT0 = pT0</p> <p>pT1a = pT1a</p> <p>pT1b = pT1b</p> <p>pT1c = pT1c</p> <p>pT1mic = pT1mic</p> <p>pT2 = pT2</p> <p>pT3 = pT3</p> <p>pT4a = pT4a</p> <p>pT4b = pT4b</p> <p>pT4c = pT4c</p>

	<p>pT4d = pT4d pTX = pTX pTis = pTis ypT0 = ypT0 ypT1a = ypT1a ypT1b = ypT1b ypT1c = ypT1c ypT1mic = ypT1mic ypT2 = ypT2 ypT3 = ypT3 ypT4a = ypT4a ypT4b = ypT4b ypT4c = ypT4c ypT4d = ypT4d ypTX = ypTX ypTis = ypTis</p>
Schlüssel 4 "Path. N-Stadium Mamma"	<p>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</p>
Schlüssel 5 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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>

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~~8~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 201~~9~~~~20~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017~~8~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017~~8~~' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.201~~8~~~~9~~')

Diagnose(n) der Tabelle DEK_ICD

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

L89.31	Dekubitus 4. Grades: Obere Extremität
L89.32	Dekubitus 4. Grades: Dornfortsätze
L89.33	Dekubitus 4. Grades: Beckenkamm
L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein
L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein
L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter
L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse
L89.38	Dekubitus 4. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen
L89.90	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kopf
L89.91	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Obere Extremität
L89.92	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dornfortsätze
L89.93	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Beckenkamm
L89.94	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kreuzbein
L89.95	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sitzbein
L89.96	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Trochanter
L89.97	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Ferse
L89.98	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität
L89.99	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Dekubitusprophylaxe (DEK)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	<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 Leistungsmaßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p>
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	<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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses übernommen werden.</p> <p>Hier wird die aufnehmende Abteilung aus den Routinedaten generiert.</p>

5	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 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 05.01.2017 8 bis zum 10.01.2017 8 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 8 bis zum 20.01.2017 8 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017 8 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017 8 .
9	Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme <i>§ 301-Vereinbarung</i>	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 05.01.2017 8 bis zum 10.01.2017 8

			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 8 bis zum 20.01.2017 8 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017 8 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017 8 .
11	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Teildatensatz Dekubitus (DEK)			
Dekubitus			
12	Wievielter Dekubitus?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 ... 99 Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Diese Information soll automatisch eingetragen werden. Hier sind alle Dekubitusulcera 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Es ist für alle im Abrechnungsdatensatz mit L89.1-, L89.2-, L89.3- oder L89.9 kodierten Dekubitus der Schweregrad/ die Kategorie anzugeben. Dieser entspricht den Angaben im Abrechnungsdatensatz. Dekubitusulcera mit einem Grad/ einer Kategorie 1 (L89.0-) sind nicht zu dokumentieren. L89.1- Dekubitus 2. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Abschürfung, Blase, Teilverlust der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/ oder Dermis oder Hautverlust o.n.A. L89.2- Dekubitus 3. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Verlust aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen kann. 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. L89.3- Dekubitus 4. Grades: Dekubitus (Druckgeschwür) mit Nekrose von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen oder Gelenkkapseln). L89.9- Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dekubitus (Druckgeschwür) ohne Angabe eines Grades. Daneben ist die Lokalisation anzugeben: Die Lokalisation entspricht der fünften Stelle des L89.- ICD-Kodes. Wird der Punkt in L89.- mitgezählt, handelt es sich um die sechste Stelle.

			<p>0 = Kopf 1 = Obere Extremität 2 = Dornfortsätze 3 = Beckenkamm [Spina iliaca] 4 = Kreuzbein [Steißbein] 5 = Sitzbein 6 = Trochanter 7 = Ferse 8 = Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität 9 = Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen</p> <p>Die Seitenlokalisierung ist dem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung für den L89.- zu entnehmen und ist im nachfolgenden Datenfeld "Seitenlokalisierung" zu kodieren.</p>
14	Seitenlokalisierung	<input type="checkbox"/> B = beidseitig K = keine Seitenlokalisierung angegeben L = links R = rechts	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>An dieser Stelle ist die Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus zu kodieren.</p> <p>Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung nach Format § 301-Vereinbarung.</p> <p>Hinweis: K wird generiert, wenn keine Seitenangabe für den unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" dokumentierten Dekubitus in den Abrechnungsdaten nach § 301-Vereinbarung zu finden ist.</p>
15	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	<input type="checkbox"/> bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad 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>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 05.01.2017 bis zum 10.1.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.1.2017 Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01.2017 vorlag.</p>
16	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")	<input type="checkbox"/> bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad 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>Hinweis: Wird ein Dekubitus als beidseitig kodiert, ist "Ja" anzugeben, wenn bei Entlassung ein Dekubitus aus einer der beiden Seiten unabhängig vom Grad/der Kategorie der jeweiligen Dekubitalulcera vorlag. Wenn auf keiner der Seiten ein Dekubitus vorlag, ist "Nein" anzugeben.</p> <p>Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den</p>

			<p>zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20178 bis zum 10.01.20178 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20178 bis zum 20.01.20178 Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01.20178 vorlag.</p>
Teildatensatz Basis (B)			
Risikofaktoren			
17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.- 0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E10.- „Diabetes mellitus, Typ 1“Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ 1-Diabetes]</p> <p>E11.- „Diabetes mellitus, Typ 2“Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ 2-Diabetes]</p>
18	nicht näher bezeichneter sonstiger Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: E13.- 0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt: :</p> <p>E13.- "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus"</p>
19	eingeschränkte Mobilität	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: G20.-, G81.-, G82.-, G83.-, M24.5, M62.-, R26.3, R40.-, R46.-, S14.-, S24.-, Z74.0, Z99.3 0 = nein 1 = ja	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>G20.- „Primäres Parkinson-Syndrom“</p> <p>G81.- „Hemiparese und Hemiplegie“</p> <p>G82.- "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie"</p> <p>G83.- „Sonstige Lähmungssyndrome“</p> <p>M24.5 „Gelenkkontraktur“</p> <p>M62.- „Sonstige Muskelkrankheiten“</p> <p>R26.3 „Immobilität“</p> <p>R40.- „Somnolenz, Sopor und Koma“</p> <p>R46.- „Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen“</p> <p>S14.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe“</p> <p>S24.- „Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe“</p>

			Z74.0 „Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität“ Z99.3 „Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl“
20	Infektion	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: A40.-, A41.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-, M72.6, M86.-, R57.2, R65.- 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: A40.- „Streptokokkensepsis“ A41.- „Sonstige Sepsis“ J15.- „Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert“ J16.- „Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert“ J17.-* „Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ J18.- „Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet“ J69.- „Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen“ M72.6- „Nekrotisierende Faszitis“ M86.- „Osteomyelitis“ R57.2 „Septischer Schock“ R65.-! „Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS]“
21	Demenz und Vigilanzstörung	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: F00.-, F01.-, F02.-, F03.-, G30.- 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: F00.-* „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ F01.- „Vaskuläre Demenz“ F02.-* „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ F03.- „Nicht näher bezeichnete Demenz“ G30.- † „Alzheimer-Krankheit“
22	Inkontinenz	<input type="checkbox"/> gemäß ICD-10-GM: N39.-, R15.-, R32.- 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: N39.- „Sonstige Krankheiten des Harnsystems“ R15.- „Stuhlinkontinenz“ R32.- „Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz“
23	Untergewicht oder Mangelernährung	<input type="checkbox"/>	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses

		<p>gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64.-</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E41.- „Alimentärer Marasmus“</p> <p>E43.- „Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung“</p> <p>E44.- „Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades“</p> <p>E46.- „Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung“</p> <p>R64.- „Kachexie“</p>
24	Adipositas	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: E66.X2</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>E66.X2 „Adipositas“ mit „Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr“</p>
25	weitere schwere Erkrankungen	<p><input type="checkbox"/></p> <p>gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63.2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18, R34, R60.-, R77.0, U69.00, Z99.2</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>"Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt:</p> <p>B37.1 „Kandidose der Lunge“</p> <p>B37.7 „Candida-Sepsis“</p> <p>D50.- „Eisenmangelanämie“</p> <p>D51.- „Vitamin-B12-Mangelanämie“</p> <p>D52.- „Folsäure-Mangelanämie“</p> <p>D53.- „Sonstige alimentäre Anämien“</p> <p>D61.- „Sonstige aplastische Anämien“</p> <p>D62.- „Akute Blutungsanämie“</p> <p>D63.* „Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten“</p> <p>D64.- „Sonstige Anämien“</p> <p>D72.8 „Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten“</p> <p>G63.2* „Diabetische Polyneuropathie“</p> <p>K70.- „Alkoholische Leberkrankheit“</p> <p>K72.- „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert“</p> <p>K74.- „Fibrose und Zirrhose der Leber“</p> <p>N17.- „Akutes Nierenversagen“</p>

			<p>N18.4 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4“</p> <p>N18.5 „Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5“</p> <p>N99.0 „Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen“</p> <p>R18 „Aszites“</p> <p>R34 „Anurie und Oligurie“</p> <p>R60.- „Ödem, anderenorts nicht klassifiziert“</p> <p>R77.0 „Veränderungen der Albumine“</p> <p>U69.00! „Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie bei Patienten von 18 Jahren und älter“</p> <p>Z99.2 „Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz“</p>
26	Dauer der Beatmung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 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 "Fachabteilungen"	<p>0100 = Innere Medizin A</p> <p>0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie</p> <p>0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie</p> <p>0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie</p> <p>0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie</p> <p>0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie</p> <p>0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie</p> <p>0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie</p> <p>0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde</p> <p>0150 = Innere Medizin/Tumorforschung</p> <p>0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie</p> <p>0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten</p> <p>0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes</p> <p>0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde</p> <p>0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)</p> <p>0190 = Innere Medizin B</p> <p>0191 = Innere Medizin C</p> <p>0192 = Innere Medizin D</p> <p>0200 = Geriatrie</p> <p>0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde</p> <p>0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)</p> <p>0290 = Geriatrie</p> <p>0291 = Geriatrie</p> <p>0292 = Geriatrie</p> <p>0300 = Kardiologie</p> <p>0390 = Kardiologie</p> <p>0391 = Kardiologie</p> <p>0392 = Kardiologie</p> <p>0400 = Nephrologie</p> <p>0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie</p> <p>0436 = Nephrologie/Intensivmedizin</p> <p>0490 = Nephrologie</p> <p>0491 = Nephrologie</p> <p>0492 = Nephrologie</p> <p>0500 = Hämatologie und internistische Onkologie</p>
----------------------------------	---

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 I
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 II

1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie

	<p>3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
<p>Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation 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)
<u>Alter</u>	
Alter 34—46	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 34 UND ALTER <= 46 0 := ALTER < 34 ODER ALTER > 46
Alter 47—54	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 47 UND ALTER <= 54 0 := ALTER < 47 ODER ALTER > 54
Alter 55—61	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 55 UND ALTER <= 61 0 := ALTER < 55 ODER ALTER > 61
Alter 62—68	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 62 UND ALTER <= 68 0 := ALTER < 62 ODER ALTER > 68

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Alter 69—72	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 69 UND ALTER <= 72 0 := ALTER < 69 ODER ALTER > 72
Alter 73—76	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 73 UND ALTER <= 76 0 := ALTER < 73 ODER ALTER > 76
Alter 77—80	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 77 UND ALTER <= 80 0 := ALTER < 77 ODER ALTER > 80
Alter 81—85	Berechnetes Feld: 1 := ALTER >= 81 UND ALTER <= 85 0 := ALTER < 81 ODER ALTER > 85
Alter ab 86	Berechnetes Feld: 1 := ALTER > 85 0 := ALTER <= 85
Diabetes mellitus	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E10;E11;E13) 0 := DIAG KEINSIN (E10;E11;E13)
<u>Dauer der Beatmung</u>	
Dauer der Beatmung 25 bis 72 Stunden	Berechnetes Feld: 1 := DAUBEAT >= 25 UND DAUBEAT <= 72 0 := DAUBEAT < 25 ODER DAUBEAT > 72
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

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Eingeschränkte Mobilität	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3) 0 := DIAG KEINSIN (G20;G81;G82;G83;M24.5;M62;R26.3;R40;R46;S14;S24;Z74.0;Z99.3)
Infektionen	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65) 0 := DIAG KEINSIN (A40;A41;J15;J16;J17;J18;J69;M72.6;M86;R57.2;R65)
Demenz und Vigilanzstörung	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (F00;F01;F02;F03;G30) 0 := DIAG KEINSIN (F00;F01;F02;F03;G30)
Inkontinenz	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (N39;R15;R32) 0 := DIAG KEINSIN (N39;R15;R32)
Untergewicht oder Mangelernährung	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E41;E43;E44;E46;R64) 0 := DIAG KEINSIN (E41;E43;E44;E46;R64)
Adipositas	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92) 0 := DIAG KEINSIN (E66.02;E66.12;E66.22;E66.82;E66.92)
Weitere schwere Erkrankungen	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (B37.1;B37.7;D50;D51;D52;D53;D61;D62;D63;D64;D72.8;G63.2;K70;K72;K74;N17;N18.4;N18.5;N99.0;R18;R34;R60;R77.0;U69.00;Z99.2) 0 := DIAG KEINSIN (B37.1;B37.7;D50;D51;D52;D53;D61;D62;D63;D64;D72.8;G63.2;K70;K72;K74;N17;N18.4;N18.5;N99.0;R18;R34;R60;R77.0;U69.00;Z99.2)
Anzahl Datensätze	Anzahl der Datensätze, welche die definierten Kriterien in ihrer jeweiligen Konstellation erfüllen

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~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~'2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~'2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~'2019'

Diagnose(n) der Tabelle HEP_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische 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 Polyarthritis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.10	Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
M08.11	Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.12	Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.13	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.14	Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.15	Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.16	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.17	Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.18	Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.19	Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.20	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
M08.21	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.22	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.23	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.24	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.25	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.26	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.27	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.28	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
M08.40	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
M08.41	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.42	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.43	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.44	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.45	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.46	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.47	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.48	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.49	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.70	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.71	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.72	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.73	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.74	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.75	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.76	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

M08.77	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.78	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.80	Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.81	Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.82	Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.83	Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.84	Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.85	Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.86	Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.87	Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M08.91	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.92	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.93	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.94	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.95	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.96	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.97	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.09	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.19	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen

M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.25	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.26	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.89	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M90.75	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
Q68.3	Angeborene Verbiegung des Femurs
Q68.5	Angeborene Verbiegung der langen Beinknochen, nicht näher bezeichnet
Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita
S32.4	Fraktur des Acetabulums

Prozedur(en) der Tabelle TEP OPS

OPS-Kode	Titel
5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.20	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
5-820.21	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
5-820.22	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.30	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
5-820.31	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
5-820.40	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
5-820.80	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
5-820.81	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
5-820.82	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
5-820.92	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert

5-820.93	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
5-820.95	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
5-820.96	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)
5-820.x0	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Nicht zementiert
5-820.x1	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Zementiert
5-820.x2	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige: Hybrid (teilzementiert)

Prozedur(en) der Tabelle TEPWEC OPS

OPS-Kode	Titel
5-821.10	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert
5-821.11	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.12	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese
5-821.18	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 [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert

5-821.j1	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschacht-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
5-821.j2	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschacht-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.jx	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschacht-Femurkopfprothese]: Sonstige
5-821.x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Sonstige

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
<u>neu</u>	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
<u>neu</u>	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
Patientenidentifizierende Daten			
2	eGK-Versichertennummer	<input type="checkbox"/>	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.

			Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
4	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der</u>

			05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7 .
10	Aufnahmezeit Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	-
11	Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme <i>§ 301-Vereinbarung</i>	-
12	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
13	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
14	Gehstrecke (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (>500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke - 50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. <i>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. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann.</i>
15	Gehhilfen (bei Aufnahme oder vor der Fraktur)	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme bzw. bei Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur auf den Zeitpunkt vor der Fraktur.
16	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein, liegt nicht vor 1 = ja, Pflegegrad 1 2 = ja, Pflegegrad 2 3 = ja, Pflegegrad 3 4 = ja, Pflegegrad 4 5 = ja, Pflegegrad 5 9 = Information ist dem Krankenhaus nicht bekannt	Gemäß der Vorgaben zur Pflegebedürftigkeit im SGB XI und dem Eintrag in die Patientenakte im Krankenhaus.
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
17	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes können verschiedene dokumentationspflichtige operative Eingriffe (OPS =5-82) während eines Aufenthaltes unterschieden werden. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
18	zu operierende Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.

Präoperative Befunde			
19	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<input type="checkbox"/> <p>1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt</p>	<p>Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA).</p> <p>Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchortenaneurysma) [...]“</p> <p>Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.</p>
20	Wundkontaminationsklassifikation	<input type="checkbox"/> <p>nach Definition der CDC</p> <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 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			
21	Art des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <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>	<p><u>„endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“:</u> <u>Im Teildatensatz „hüftgelenknahe Femurfraktur“ werden Fälle mit einer Schenkelhalsfraktur oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</u></p> <p><u>„elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“:</u> <u>Im Teildatensatz „elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out oder Pseudarthrose nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</u></p> <p><u>„Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels“ bzw. „Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels“:</u> <u>Im Teildatensatz „Wechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation im Teildatensatz Wechsel zu dokumentieren.</u></p>
22	Datum des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>
23	Beginn des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	<p>Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert</p>

24	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
25	Prozedur(en)	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 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"/> OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen, z.B. minimalinvasiver Eingriffe http://www.dimdi.de	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-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. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. Im Jahr 2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
Teildatensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Anzahl der Eingriffe			
26	Wieviele endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
27	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknahe durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
28	vorbestehende Koxarthrose	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier soll „ja“ angegeben werden, wenn eines der nachfolgenden röntgenologischen Kriterien (modifizierter Kellgren & Lawrence-Score) > „0“ ist: <u>Osteophyten</u> 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große <u>Gelenkspalt</u> 0 = nicht oder fraglich verschmälert

			<p><u>1 = eindeutig verschmälert</u> <u>2 = fortgeschritten verschmälert</u> <u>3 = aufgehoben</u></p> <p><u>Sklerose</u> <u>0 = keine Sklerose</u> <u>1 = leichte Sklerose</u> <u>2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung</u> <u>3 = Sklerose mit Zystenbildung</u></p> <p><u>Deformierung</u> <u>0 = keine Deformierung</u> <u>1 = leichte Deformierung</u> <u>2 = deutliche Deformierung-</u></p>
29	Frakturereignis	<input type="checkbox"/> 1 = war Grund für die akut-stationäre Aufnahme 2 = ereignete sich erst während des akut-stationären Aufenthaltes	Als Grund für die akut-stationäre Aufnahme (= in ein Akutkrankenhaus) gelten auch Frakturereignisse, deren Komplikationen/Weiterbehandlungen zu einem ungeplanten Folgeeingriff geführt haben.
wenn Feld 29 = 2			
30	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des akut-stationären Aufenthaltes)	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 akut-stationären Aufenthaltes gestürzt ist.
31	Zeitpunkt der Fraktur	<input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: hh:mm	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
32	Frakturlokalisierung	<input type="checkbox"/> 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
wenn Feld 32 = 1			
33	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	<input type="checkbox"/> 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	<p><u>Garden-Klassifikation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Garden I (Abduktionsfraktur)</u> • <u>Garden II (unverschoben)</u> • <u>Garden III (verschoben)</u> • <u>Garden IV (komplett verschoben)-</u>
34	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 34 = 1			
35	<u>Art der Medikation</u>	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. Rivarexaban, Fondaparinux)	-
35.1	<u>Vitamin-K-Antagonisten</u>	z.B. Phenprocoumon, Warfarin <input type="checkbox"/>	

35.2	<u>Thrombozytenaggregationshemmer</u>	1 = ja z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure, Acetylsalicylsäure + Dipyridamol <input type="checkbox"/> 1 = ja	
35.3	<u>DOAK/NOAK</u>	z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban <input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>DOAK/NOAK = Direkte bzw. Neue Orale Antikoagulantien (direkte Thrombininhibitoren)</u>
35.4	<u>sonstige</u>	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter sonstige zu dokumentieren</u>
Teildatensatz Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)			
Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation			
Anzahl der Eingriffe			
36	Wievielte elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
37	Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Osteosynthesen) an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde-</u>
<u>wenn 37 = 1</u>			
<u>neu</u>	<u>Erstimplantation Endoprothese: Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Wurde bereits vor der Endoprothesenimplantation eine Osteosynthese durchgeführt, die eine Pseudarthrose bzw. Cut out zur Folge hatte, bitte diese Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation bestätigen.</u>
38	Schmerzen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen, <u>die nicht mehr durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind.</u> Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
Präoperativer Bewegungsumfang			
39	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?	<input type="checkbox"/> 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 <p>Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50° Beispiel für ein Streckdefizit: 0°/5°/140° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)</p>

wenn Feld 39 = 1			
40	Extension/Flexion 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 15 Grad	-
41	Extension/Flexion 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
42	Extension/Flexion 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
43	Ab-/Adduktion 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
44	Ab-/Adduktion 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
45	Ab-/Adduktion 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
46	Außen-/Innenrotation 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
47	Außen-/Innenrotation 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
48	Außen-/Innenrotation 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score			
49	Osteophyten	<input type="checkbox"/> 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	-
50	Gelenkspalt	0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	-
51	Sklerose	<input type="checkbox"/> 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	-
52	Deformierung	<input type="checkbox"/> 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	-
Schweregrad der Gelenkerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
53	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematoses, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
wenn Feld 53 = 1			
54	erosive Gelenkerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	<input type="checkbox"/> 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkerstörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal Grad 1 = geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe

		<p>3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung</p>	<p>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)</p>
Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)			
Wechsel bzw. Komponentenwechsel			
Anzahl der Eingriffe			
55	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
56	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 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. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.</p>
Erreger-/Infektionsnachweis			
57	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.</p>
58	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	<p>Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben.</p>
59	histopathologische/-r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 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)	<p>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. Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile Granulozyten und Mikroabszesse</p>

			<p>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			
60	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein <input type="checkbox"/> 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteinriffes/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 60 = 1			
61 (61.1)	Implantatbruch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	Dies umfasst auch Keramikkopfberstung.
62 (61.2)	Implantatabrieb/-verschleiß	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
63 (61.3)	Implantatfehlage der Pfanne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
64 (61.4)	Implantatfehlage des Schafts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
65 (61.5)	Lockerung der Pfannenkomponente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
66 (61.6)	Lockerung der Schaftkomponente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
67 (61.7)	Osteolyse der Pfanne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
68 (61.8)	Osteolyse des Femurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
69 (61.9)	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
70 (61.10)	Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
71 (61.11)	großer Knochendefekt Pfanne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
72 (61.12)	großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
73 (61.13)	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	-
74 (61.14)	periartikuläre Ossifikation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Zu dokumentieren sind nur die periartikulären Ossifikationen nach Brooker Grad 3 und 4.</p> <p>Brooker-Klassifikation der heterotopen Knochenbildung:</p> <p>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</p>

			<p>proximalen Femur, die weniger als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnehmen, Grad 3 = Ossifikation, die mehr als die Hälfte des Abstands zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt, Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur</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			
75	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 75 = 1			
76 <u>(76.1)</u>	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. die Perforation.
77 <u>(76.2)</u>	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.
78 <u>(76.3)</u>	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
79 <u>(76.4)</u>	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/> 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.
80 <u>(76.5)</u>	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	<input type="checkbox"/> 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.
81 <u>(76.6)</u>	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden motorischen Nervenschaden definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist.
82 <u>(76.7)</u>	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akutstationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.

83 (76.8)	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
84 (76.9)	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
85 (76.10)	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
86	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 0 = nein 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 86 = 1			
87	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen A1 Postoperative, oberflächliche Wundinfektion A2 Postoperative, tiefe Wundinfektion erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: 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.
wenn Feld 75 = 1 oder wenn Feld 86 = 1			
88	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.
Weitere Prozeduren			
89	Wurden weitere hüftendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 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			

90	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 90 = 1			
91 (91.1)	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Pneumoniekriterien nach CDC Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen)
92 (91.2)	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
93 (91.3)	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
94 (91.4)	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
95 (91.5)	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/) D1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und D1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter
96 (91.6)	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
97 (91.7)	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
98 (91.8)	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
99	neu aufgetretener Dekubitus	<input type="checkbox"/> (ab 2. Grades), alle Lokalisationen 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 (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. * Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.

100 (91.9)	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab <u>65</u> Jahren			
101	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	<input type="checkbox"/> gem. Expertenstandard (Sturzprophylaxe) 0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP-Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
102	Wurden <u>multimodale individuelle</u> Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	<input type="checkbox"/> s. auch Pflegedokumentation 0 = nein 1 = ja	Definition nach dem DNQP-Expertenstandard "Sturzprophylaxe in der Pflege"
wenn Feld 102 = 1			
103	Patient hat Gehtraining erhalten	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hierzu zählen alle Maßnahmen/Übungen/Trainings die zu einer Verbesserung des Haltungs- und Gangbildes sowie der Gangsicherheit beitragen. Dies sind beispielsweise Gangübungen, Gleichgewichtsübungen sowie Kraftübungen/ trainings zur Erhaltung oder Aufbau der Muskulatur, sowie Gleichgewichtsübungen.
104	Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Der Patient sollte für alle erhaltenen Hilfsmittel, z.B. das Laufen mit Unterarmgehstützen oder mit einem Rollator, Training erhalten, bis er sicher im Umgang mit diesem Hilfsmittel ist.
105	Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst	<input type="checkbox"/> 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 in der Pflege" (2013) sollte die Medikation sorgfältig geprüft und die Gabe von Medikamenten mit bekannten ungünstigen Auswirkungen auf das Sturzrisiko, soweit klinisch gerechtfertigt, begrenzt werden.
106	Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	siehe auch DNQP Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“
Postoperativer Bewegungsumfang			
107	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Neutral-Null-Methode* 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel): Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTR-

			Dokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)
wenn Feld 21 EINSIN (2) und wenn Feld 107 = 1			
108	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
109	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
110	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
Gehfähigkeit bei Entlassung			
111	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (>500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke 50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. 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.
112	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/ Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
Entlassung Krankenhaus			
113	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffe: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.1.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der

			05.01.201 87 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.201 87 .
114	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
115	Entlassungsdiagnose(n)	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ 9. □□□.□□ 10. □□□.□□ ... <u>30. □□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 201 98 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 87 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 87 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II

1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie

	<p>3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
<p>Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN KNIETEP_OPS ODER PROZ EINSIN UKNIETEP_OPS ODER PROZ EINSIN KNIETEPW_OPS) UND DIAG KEINSIN KEP_ICD_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEP_OPS
oder
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle UKNIETEP_OPS
oder
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEPW_OPS)
und
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle KEP_ICD_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Diagnose(n) der Tabelle KEP_ICD_EX

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

M08.04	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.10	Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
M08.11	Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.12	Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.13	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.14	Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.15	Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.16	Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.17	Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.18	Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.19	Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.20	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
M08.21	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.22	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.23	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.24	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.25	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.26	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.27	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.28	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.29	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
M08.40	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
M08.41	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.42	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.43	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.44	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.45	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.46	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.47	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.48	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.49	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.70	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.71	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.72	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.73	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.74	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.75	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

M08.76	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.77	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.78	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.80	Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.81	Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.82	Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.83	Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.84	Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.85	Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.86	Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.87	Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M08.91	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.92	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.93	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.94	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.95	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.96	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.97	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.09	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.19	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.25	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.26	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.27	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.28	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.29	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.80	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M09.81	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.82	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.83	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.84	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.85	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.86	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.87	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.88	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.89	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M90.76	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
Q68.2	Angeborene Deformität des Knies
Q74.1	Angeborene Fehlbildung des Knies
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita

Prozedur(en) der Tabelle KNIETEP OPS

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

Prozedur(en) der Tabelle UKNIETEP OPS

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

Prozedur(en) der Tabelle KNIETEPW OPS

OPS-Kode	Titel
5-823.19	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
5-823.50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, nicht zementiert
5-823.51	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, zementiert
5-823.52	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralem Ersatz, nicht zementiert

5-823.53	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralem Ersatz, (teil-)zementiert
5-823.54	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert
5-823.55	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
5-823.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
5-823.k0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Typgleich
5-823.k1	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
5-823.k2	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
5-823.k3	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.k4	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.k5	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Femurteil
5-823.k6	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Tibiateil
5-823.kx	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Sonstige

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
<u>neu</u>	<u>Versichertenart</u>	<input type="checkbox"/> 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner und deren Familienangehörige 9 = Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart</u>
<u>neu</u>	<u>besonderer Personenkreis</u>	<input type="checkbox"/> 4 = § 264 SGB V, Nicht Versicherungspflichtige, Sozialhilfeempfänger 6 = BVG inkl. OEG, BSeuchG, SVG, ZHG, HHG, PrVG sowie BEG 7 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht und niederl. Grenzgänger, die über eine KV-Karte verfügen; nach Aufwand) 8 = bes. Personenkreis (in Deutschland wohnende Berechtigte nach über-/zwischenstaatl. Recht, die über eine KV-Karte verfügen; pauschal) 9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte <u>§-301-Vereinbarung</u>	<u>Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis</u>
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. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-

			Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
4	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des</u>

			<p><u>stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
6	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>
7	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
8	einrichtunginterne Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtunginterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis</p>

			zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7 .
10	Aufnahmegrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme <i>§ 301-Vereinbarung</i>	-
11	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
12	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
13	Gehstrecke	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (> 50m – 500m) 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke : 50m <u>werden erreicht</u>) 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. <u>Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann.</u>
14	Gehhilfen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Aufnahme.
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Eingriff			
Prozedur			
15	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> 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.
16	zu operierende Seite	<input type="checkbox"/> 1 = rechts 2 = links	Entgegen den Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung „beidseits“ vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
17	Liegt eine Gonarthrose vor?	<input type="checkbox"/> 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.)
18	Liegen Fehlstellungen des Knies vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = schweres Valgusknie 2 = schweres Varusknie	Ein schweres Valgus/ Varusknie meint hier eine Achsabweichung von $\geq 10^\circ$. –bzw. Varusknie meint hier eine Achsabweichung von mindestens 3°.
19	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	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. (DGA) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
20	Wundkontaminationsklassifikation	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 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. <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			
21	Art des Eingriffs	<input type="checkbox"/> 1 = elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	<p><u>„elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“</u> <u>Im Teildatensatz „elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dokumentiert, die einen ersten Kniegelenksersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.</u></p> <p><u>„einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ bzw. „Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels“</u> <u>Im Teildatensatz „Wechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation im Teildatensatz Wechsel zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als MDS anzulegen.</u></p>
22	Datum des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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</p>

			anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
23	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
24	Prozedur(en)	1. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>alle OPS des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS inkl. möglicher Zusatzkodierungen, z.B. minimalinvasiver Eingriffe http://www.dimdi.de	Alle OPS des durchgeführten Eingriffs sind gemäß den gültigen Kodierrichtlinien zu dokumentieren. In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig). Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnungen wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-822.10 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-822.10:R, 5-822.10:L oder 5-822.10:B. Die Dokumentation des Codes 5-822.10 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
Teildatensatz Knieendoprothesen-Erstimplantation (E)			
Anzahl der Eingriffe			
Knieendoprothesenerstimplantation			
25	Wieviele Knie-Endoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Erstimplantation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
Präoperative Anamnese			
26	Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Arthroskopien) an den gelenkbildenden (mit oder ohne Arthrotomie) sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Kniegelenks. <u>Zu dokumentierten ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.</u>

27	Schmerzen	<input type="checkbox"/> 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.
Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score			
28	Osteophyten	<input type="checkbox"/> 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige Patellapole 1 = eindeutig	-
29	Gelenkspalt	<input type="checkbox"/> 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	-
30	Sklerose	<input type="checkbox"/> 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	-
31	Deformierung	<input type="checkbox"/> 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	-
Implantation einer <u>unikondylären</u> Schlittenprothese			
32	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 32 = 1			
33	Sind die übrigen Gelenkkompartimente intakt?	0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn kein wesentlicher pathologischer Befund in den nicht betroffenen Kompartimenten vorliegt. Gemeint sind die Kompartimente des Gelenkes, in welchem die unikondyläre Schlittenprothese implantiert wird. Die Intaktheit eines Gelenkkompartiments ist dann gegeben, wenn sich als Ergebnis entsprechender diagnostischer Maßnahmen (z.B. Röntgendiagnostik, intraoperative Befundvalidierung) der Gelenkspalt der nicht betroffenen Kompartimente regelhaft darstellt.
Schweregrad der Gelenkerzörung bei rheumatischen Erkrankungen			
34	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasiarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
wenn Feld 34 = 1			
35	erosive Gelenkerzörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	<input type="checkbox"/> 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkerzörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal

		<p>2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung</p>	<p>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)</p>
Teildatensatz Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)			
Anzahl der Eingriffe			
Wechsel bzw. Komponentenwechsel			
36	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> 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 Aufenthaltes es sich handelt.
Präoperative Anamnese			
37	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das "Kriterium Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. 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 der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes / der Explantation anzugeben.
39	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben. Hier können auch Ergebnisse von prästationär durchgeführten Gelenkpunktionen eingetragen werden. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffes/ der Explantation anzugeben.
40	histopathologische/ r Untersuchung/Befund (gemäß Konsensus-Klassifikation der	<input type="checkbox"/> 0 = nicht durchgeführt 1 = kein pathologischer Befund	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des histopathologischen Befundes des

	Neosynovialis/periprothetischen Membran) vor der Prothesenexplantation	2 = abriebinduzierter Typ (Typ I) 3 = infektiöser Typ (Typ II) 4 = Mischtyp (Typ III) 5 = Indifferenztyp (Typ IV)	Ersteingriffs/ 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. Infektiöser Typ (Typ II): Das Präparat weist Granulationsgewebe, gruppiert gelagerte neutrophile Granulozyten und Mikroabszesse auf. Nur vereinzelt sind Makrophagen und multinukleäre Riesenzellen nachweisbar. 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. 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.
Röntgendiagnostik/Klinische Befunde			
41	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffs/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 41 = 1			
42 (42.1)	Implantatbruch	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
43	Abrieb/Defekt des PE-Inlays	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
44 (42.2)	Implantatfehlage/ Malrotation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45 (42.3)	Implantatwanderung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
46 (42.4)	Lockerung der Femur-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
47 (42.5)	Lockerung der Tibia-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
48 (42.6)	Lockerung der Patella-Komponente	<input type="checkbox"/> 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
49 (42.7)	Substanzverlust Femur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
50 (42.8)	Substanzverlust Tibia	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
51 (42.9)	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
52 (42.10)	Endoprothesen(sub)luxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Prothesen(sub)luxationen ohne

			röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
53 (42.10)	Instabilität der Seitenbänder des Gelenks	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
54	Instabilität des hinteren Kreuzbandes	<input checked="" type="checkbox"/> 1 = ja	-
55 (42.11)	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese
56 (42.12)	Patellaneekrose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
57 (42.13)	Patellaluxation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
58 (42.14)	Patellenschmerz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Teildatensatz Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
59	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 59 = 1			
60 (60.1)	primäre Implantatfehlage	<input type="checkbox"/> 1 = Femur-Komponente 2 = Tibia-Komponente	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation oder sonstige Behandlung (z.B. Orthese) einer Varus-, bzw. Valgusfehlstellung notwendig macht.
61 (60.2)	sekundäre Implantatdislokation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte. Z.B. Inlay-Lockerung
62 (60.3)	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
63 (60.4)	Patellafehlstellung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Subluxation oder Luxation der Patella
64 (60.5)	OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom	<input type="checkbox"/> 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.
65 (60.6)	OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion	<input type="checkbox"/> 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.
66 (60.7)	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	<input type="checkbox"/> 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.
67 (60.8)	periprothetische Fraktur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra oder postoperativ (bis

			zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akuten stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
68 (60.9)	reoperationspflichtige Wunddehiszenz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier das reoperationspflichtige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
69 (60.10)	reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint ist hier die reoperationspflichtige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
70 (60.11)	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
71 (60.12)	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
72 (60.13)	Fraktur der Patella	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
73 (60.14)	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
74	postoperative Wundinfektion	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 0 = nein 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 74 = 1			
75	Wundinfektionstiefe	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen A1 Postoperative, oberflächliche Wundinfektion A2 Postoperative, tiefe Wundinfektion erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: 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.
wenn Feld 74 = 1 oder wenn Feld 59 = 1			
76	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.

Weitere Prozeduren			
77	Wurden weitere knieendoprothetische operative Prozeduren in diesem stationären Aufenthalt durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 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)			
Intra- und postoperativer Verlauf			
Basisdokumentation			
78	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 78 = 1			
79 (79.1)	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Pneumoniekriterien nach CDC Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen)
80 (79.2)	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
81 (79.3)	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
82 (79.4)	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
83 (79.5)	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für Infektionen (http://www.nrzhygiene.de/surveillance/kiss/cdc-definitionen/) D1 a Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit transurethralem Dauerkatheter bei der Probennahme und D1 b Symptomatische Harnwegsinfektion bei Patienten mit kurz vor der Probennahme entferntem transurethralem Dauerkatheter
84 (79.6)	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
85 (79.7)	akute gastrointestinale Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
86 (79.8)	akute Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
87	neu aufgetretener Dekubitus	<input type="checkbox"/> (ab 2. Grades), alle Lokalisationen 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.
88 (79.9)	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	z.B. Verbrennung durch Kauterisierung, Beckenweichteilverletzung, z.B. durch Extension, oder sonstige Lagerungsschäden.
Postoperativer Bewegungsumfang			
89	Wurde das aktive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung 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 21 EINSIN (1) und wenn Feld 89 = 1			
90	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null- Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 10 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
91	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum

			erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
92	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
Gefähigkeit bei Entlassung			
93	Gehstrecke bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich 3 = auf der Stationsebene mobil (Gehstrecke: 50m werden erreicht) 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. 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.
94	Gehhilfen bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
Entlassung Krankenhaus			
95	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander 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. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.1.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7 .
96	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 <i>§ 301-Vereinbarung:</i> http://www.dkgev.de	-
97	Entlassungsdiagnos(en)	1. <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"/>	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die

	3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... <u>30.□□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 201 8 ⁷ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
--	--	---

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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)

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulen Chirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p>

	<p>07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>
--	--

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Neonatologie (NEO)

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

Alle Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7* Tagen, die verstorben sind
oder

Kinder die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt werden und verstorben sind
Oder

Kinder mit einem Lebensalter von bis zu 7 Tagen, die länger als 12 Stunden stationär behandelt werden oder im Alter von ~~bis zu 4 Monaten~~ 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt werden
und

eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- Aufnahmegewicht von unter 2000 g oder
- stationärer Aufenthalt länger als 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung (i. d. R. pädiatrische Fachabteilung) oder
- schwerwiegende Erkrankung mit einem Aufnahmegewicht ab 2000 g oder
- Beatmung länger als 1 Stunde.

* Geburtstag des Kindes = Lebenstag 1 (siehe Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG)

und keine Diagnosen aus der Liste NEO_ICD_EX

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2019~~ 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~' 2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~' 2018' UND (ENTLDATEM = LEER ODER ENTLDATEM <= '31.12.~~2018~~' 2019')

Diagnose(n) der Tabelle NEO_ICD

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

P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht 750 bis unter 1000 Gramm
P07.10	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1000 bis unter 1250 Gramm
P07.11	Neugeborenes: Geburtsgewicht 1250 bis unter 1500 Gramm
P07.2	Neugeborenes mit extremer Unreife
P10.0	Subdurale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.1	Zerebrale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.2	Intraventrikuläre Blutung durch Geburtsverletzung
P10.3	Subarachnoidale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.4	Tentoriumriss durch Geburtsverletzung
P10.8	Sonstige intrakranielle Verletzungen und Blutungen durch Geburtsverletzung
P10.9	Nicht näher bezeichnete intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung
P11.0	Hirnödem durch Geburtsverletzung
P11.1	Sonstige näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.2	Nicht näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.50	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit akuter Querschnittlähmung
P11.51	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Mit chronischer Querschnittlähmung
P11.59	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
P11.9	Geburtsverletzung des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
P13.0	Fraktur des Schädels durch Geburtsverletzung
P14.2	Lähmung des N. phrenicus durch Geburtsverletzung
P15.0	Geburtsverletzung der Leber
P15.1	Geburtsverletzung der Milz
P23.0	Angeborene Pneumonie durch Viren
P23.1	Angeborene Pneumonie durch Chlamydien
P23.2	Angeborene Pneumonie durch Staphylokokken
P23.3	Angeborene Pneumonie durch Streptokokken, Gruppe B
P23.4	Angeborene Pneumonie durch Escherichia coli
P23.5	Angeborene Pneumonie durch Pseudomonasarten
P23.6	Angeborene Pneumonie durch sonstige Bakterien
P23.8	Angeborene Pneumonie durch sonstige Erreger
P23.9	Angeborene Pneumonie, nicht näher bezeichnet
P25.1	Pneumothorax mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.2	Pneumomediastinum mit Ursprung in der Perinatalperiode
P25.3	Pneumoperikard mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.0	Tracheobronchiale Blutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.1	Massive Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.8	Sonstige Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P26.9	Nicht näher bezeichnete Lungenblutung mit Ursprung in der Perinatalperiode
P27.1	Bronchopulmonale Dysplasie mit Ursprung in der Perinatalperiode
P28.3	Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen
P28.5	Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen
P29.0	Herzinsuffizienz beim Neugeborenen
P29.3	Persistierender Fetalkreislauf
P29.4	Transitorische Myokardischämie beim Neugeborenen
P35.0	Rötelnembryopathie
P35.1	Angeborene Zytomegalie
P35.2	Angeborene Infektion durch Herpesviren [Herpes simplex]
P36.0	Sepsis beim Neugeborenen durch Streptokokken, Gruppe B
P36.1	Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Streptokokken
P36.2	Sepsis beim Neugeborenen durch Staphylococcus aureus
P36.3	Sepsis beim Neugeborenen durch sonstige und nicht näher bezeichnete Staphylokokken
P36.4	Sepsis beim Neugeborenen durch Escherichia coli
P36.5	Sepsis beim Neugeborenen durch Anaerobier
P36.8	Sonstige bakterielle Sepsis beim Neugeborenen
P36.9	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P37.0	Angeborene Tuberkulose
P37.1	Angeborene Toxoplasmose

P37.2	Neugeborenenlisteriose (disseminiert)
P37.3	Angeborene Malaria tropica
P37.4	Sonstige angeborene Malaria
P51.0	Massive Nabelblutung beim Neugeborenen
P52.0	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 1. Grades beim Fetus und Neugeborenen
P52.1	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 2. Grades beim Fetus und Neugeborenen
P52.2	Intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung 3. Grades beim Fetus und Neugeborenen
P52.3	Nicht näher bezeichnete intraventrikuläre (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen
P52.4	Intrazerebrale (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen
P52.5	Subarachnoidalblutung (nichttraumatisch) beim Fetus und Neugeborenen
P52.6	Kleinhirnblutung (nichttraumatisch) und Blutung in die Fossa cranii posterior beim Fetus und Neugeborenen
P52.8	Sonstige intrakranielle (nichttraumatische) Blutungen beim Fetus und Neugeborenen
P52.9	Intrakranielle (nichttraumatische) Blutung beim Fetus und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P53	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
P54.4	Nebennierenblutung beim Neugeborenen
P55.8	Sonstige hämolytische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
P55.9	Hämolytische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P56.0	Hydrops fetalis durch Isoimmunisierung
P56.9	Hydrops fetalis durch sonstige und nicht näher bezeichnete hämolytische Krankheit
P57.0	Kernikterus durch Isoimmunisierung
P57.8	Sonstiger näher bezeichneter Kernikterus
P57.9	Kernikterus, nicht näher bezeichnet
P60	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen
P70.3	Iatrogene Hypoglykämie beim Neugeborenen
P75	Mekoniumileus bei zystischer Fibrose
P76.0	Mekoniumpfropf-Syndrom
P76.1	Transitorischer Ileus beim Neugeborenen
P76.2	Darmverschluss beim Neugeborenen durch eingedickte Milch
P76.8	Sonstiger näher bezeichneter Darmverschluss beim Neugeborenen
P76.9	Darmverschluss beim Neugeborenen, nicht näher bezeichnet
P77	Enterocolitis necroticans beim Fetus und Neugeborenen
P78.0	Darmperforation in der Perinatalperiode
P78.1	Sonstige Peritonitis beim Neugeborenen
P90	Krämpfe beim Neugeborenen
P91.0	Zerebrale Ischämie beim Neugeborenen
P91.1	Erworbene periventrikuläre Zysten beim Neugeborenen
P91.2	Zerebrale Leukomalazie beim Neugeborenen
P91.5	Koma beim Neugeborenen
P91.6	Hypoxisch-ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen [HIE]
P91.80	Locked-in-Syndrom und apallisches Syndrom beim Neugeborenen
P96.0	Angeborene Niereninsuffizienz
P96.1	Entzugssymptome beim Neugeborenen bei Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Arzneimitteln oder Drogen durch die Mutter
Q00.0	Anenzephalie
Q00.1	Kraniorhachischisis
Q00.2	Inienzephalie
Q01.0	Frontale Enzephalozele
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
Q02	Mikrozephalie
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturae laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom

Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
Q04.4	Septooptische Dysplasie
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet
Q06.0	Amyelie
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks
Q06.2	Diastematomyelie
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina
Q06.4	Hydromyelie
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q07.9	Angeborene Fehlbildung des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom
Q25.0	Offener Ductus arteriosus
Q25.1	Koarktation der Aorta
Q25.2	Atresie der Aorta
Q25.3	Stenose der Aorta (angeboren)
Q25.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Aorta
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis
Q25.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Arterien
Q25.9	Angeborene Fehlbildung der großen Arterien, nicht näher bezeichnet
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)
Q26.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der großen Venen
Q26.9	Angeborene Fehlbildung einer großen Vene, nicht näher bezeichnet
Q27.1	Angeborene Nierenarterienstenose
Q27.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Nierenarterie
Q28.20	Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der zerebralen Gefäße
Q28.21	Angeborene arteriovenöse Fistel der zerebralen Gefäße
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
Q28.29	Angeborene arteriovenöse Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
Q28.30	Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße
Q28.31	Angeborene Fistel der zerebralen Gefäße
Q28.38	Sonstige angeborene Fehlbildungen der zerebralen Gefäße
Q28.39	Angeborene Fehlbildung der zerebralen Gefäße, nicht näher bezeichnet
Q30.0	Choanalatresie
Q31.1	Angeborene subglottische Stenose
Q31.2	Hypoplasie des Kehlkopfes
Q31.3	Laryngozele (angeboren)
Q33.0	Angeborene Zystenlunge
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)

Q33.3	Agenesie der Lunge
Q33.6	Hypoplasie und Dysplasie der Lunge
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]
Q54.2	Penoskrotale Hypospadie
Q54.3	Perineale Hypospadie
Q56.0	Hermaphroditismus, anderenorts nicht klassifiziert
Q56.1	Pseudohermaphroditismus masculinus, anderenorts nicht klassifiziert
Q56.2	Pseudohermaphroditismus femininus, anderenorts nicht klassifiziert
Q56.3	Pseudohermaphroditismus, nicht näher bezeichnet
Q56.4	Unbestimmtes Geschlecht, nicht näher bezeichnet
Q60.1	Nierenagenesie, beidseitig
Q60.4	Nierenhypoplasie, beidseitig
Q60.6	Potter-Syndrom
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant
Q61.3	Polyzystische Niere, nicht näher bezeichnet
Q61.5	Medulläre Zystenniere
Q62.0	Angeborene Hydronephrose
Q62.1	Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters
Q62.2	Angeborener Megaureter
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters
Q64.1	Ekstrophie der Harnblase
Q64.2	Angeborene Urethralklappen im hinteren Teil der Harnröhre
Q64.3	Sonstige Atresie und (angeborene) Stenose der Urethra und des Harnblasenhalses
Q64.4	Fehlbildung des Urachus
Q64.5	Angeborenes Fehlen der Harnblase und der Urethra
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita
Q77.0	Achondrogenesie
Q77.1	Thanatophore Dysplasie
Q77.2	Kurzripp-Polydaktylie-Syndrome
Q77.4	Achondroplasie
Q78.0	Osteogenesis imperfecta
Q78.2	Marmorknochenkrankheit
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie
Q79.2	Exomphalus
Q79.3	Gastroschisis
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom
Q80.0	Ichthyosis vulgaris
Q80.1	X-chromosomal-rezessive Ichthyosis
Q80.2	Lamelläre Ichthyosis
Q80.3	Bullöse kongenitale ichthyosiforme Erythrodermie
Q80.4	Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus]
Q80.8	Sonstige Ichthyosis congenita
Q80.9	Ichthyosis congenita, nicht näher bezeichnet
Q81.0	Epidermolysis bullosa simplex
Q81.1	Epidermolysis bullosa atrophicans gravis
Q81.2	Epidermolysis bullosa dystrophica
Q81.8	Sonstige Epidermolysis bullosa
Q81.9	Epidermolysis bullosa, nicht näher bezeichnet
Q82.1	Xeroderma pigmentosum
Q82.3	Incontinentia pigmenti
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose
Q87.4	Marfan-Syndrom
Q89.4	Siamesische Zwillinge
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)

Q91.2	Trisomie 18, Translokation
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q91.6	Trisomie 13, Translokation
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet
Q92.7	Triploidie und Polyploidie
Q93.0	Vollständige Monosomie, meiotische Non-disjunction
Q93.1	Vollständige Monosomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)
Q99.1	Hermaphroditismus verus mit Karyotyp 46,XX
Q99.2	Fragiles X-Chromosom

Diagnose(n) der Tabelle NEO_ICD_EX

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

Fachabteilung(en) der Tabelle FAB_GEB

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

			mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
neu	Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt.
neu (a.1)	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	deutsche Buchstaben (ggf. mit Namenszusatz) (ggf. mehrere Nachnamen durch Leerzeichen trennen) □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ <input type="checkbox"/> Format: ^[a-zA-ZäÄöÜß]+\$	Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Namenszusätze fügen Sie zu Beginn des Feldes ein und trennen diese durch ein Leerzeichen vom darauf folgenden Nachnamen ab. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Adelstitel, akademische Titel). Erlaubt sind alle Zeichen des deutschen Alphabets, inklusive der Umlaute ä, ö, ü, ß. Nicht erlaubt sind Zahlen, ausländische Umlaute und jegliche Sonderzeichen. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
neu (a.2)	Nachname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
neu (b.1)	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	deutsche Buchstaben (ggf. mehrere Vornamen durch Leerzeichen trennen) □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ Format: ^[a-zA-ZäÄöÜß]+\$	Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Namenszusätze werden im Feld „Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt“ erfasst. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Adelstitel, akademische Titel). Erlaubt sind alle Zeichen des deutschen Alphabets, inklusive der Umlaute ä, ö, ü, ß. Nicht erlaubt sind Zahlen, ausländische Umlaute und jegliche Sonderzeichen. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
neu (b.2)	Vorname der Mutter liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft

			<p>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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	<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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
neu	<u>aufnehmender Standort</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<p><u>Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „aufnehmende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

			Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).
12	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 0 - 6	Möglich sind Werte von 0 bis 6 Tage.
14	Geburtsdatum des Kindes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
15	Uhrzeit der Geburt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 49499 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)	„Inborn“ bedeutet, dass für den Transport des Kindes vom Ort seiner Geburt zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) kein Kraftfahrzeug erforderlich wurde. „Outborn“ bedeutet, dass das Kind mit einem Kraftfahrzeug zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) transportiert wurde. Siehe Strukturvorgaben des G-BA für Perinatalzentren Level 1 und 2 (Anlage 1 zur Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- u. Neugeborenen): „Wand-an-Wand“-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, so dass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist.
19	Level der Geburtsklinik	<input type="checkbox"/> 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 palliative Therapie (ab Geburt) bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen	<input type="checkbox"/> 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 <u>die primär palliative Versorgung Therapie</u>	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ <u>4. □□□.□□</u> <u>5. □□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Bei Vorhandensein von mehr als <u>3-5</u> Gründen für eine palliative Versorgung, sind die <u>drei</u> <u>fünf</u> 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	□□.□□.□□□□ wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit 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	<input type="checkbox"/> 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	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 <u>(27.1)</u>	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			

28 (27.2)	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	-
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			
29	entlassender Standort des externen Krankenhauses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, gg. mit führender Null	Hier ist der Standort des zuverlegenden Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.
30	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Die Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses soll dokumentiert werden, falls diese dem dokumentierenden Krankenhaus bekannt ist.
31	Fachabteilung des externen Krankenhauses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
32	Gewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 5000-4999 g	-
33 (33.1)	Kopfumfang bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	-
34 (33.2)	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
35 (35.1)	Körpertemperatur bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: °C Gültige Angabe: >= 0 °C Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
36 (35.2)	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Diagnostik/Therapie			
37	Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> 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 - Mikrozephalie - Mikrognathie - Naevi, erhabene kapilläre - Niere, multizystische

			<ul style="list-style-type: none"> - Omphalozele - Osteogenesis imperfecta - Phokomelien - Pierre-Robin-Sequenz - Pulmonalstenose - Pylorusstenose - Skoliose - Thrombozytopathien - Thyreotoxikose - Trisomie 21 - Tumor, abdomineller - 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-Sequenz - Trisomie 13 (Patau-Syndrom) - Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
wenn Feld 37 IN (1;3;4)			
38	Art der Fehlbildung	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Bei Vorhandensein von mehr als 3-5 Fehlbildungen, sind die drei-fünf schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
wenn Geburtsgewicht < 1500 g und keine letalen Fehlbildungen			
39	größtes Basendefizit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in den ersten 12 Lebensstunden gemessen 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in den ersten 12 Lebensstunden gemessen Gültige Angabe: <= 1	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
41	Min. FiO2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> in den ersten 12 Lebensstunden gemessen Gültige Angabe: <= 1	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
42	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bildgebung des Schädels, die mit anderen Techniken als dem Sonogramm durchgeführt

			wurde (z.B. MRT, CT) soll hier nicht dokumentiert werden.
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
43	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	<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: Ventrikeleinbruchsblutung unter 50% des Ventrikelvolumens_T • IVH Grad III: Ventrikeleinbruchsblutung ab 50% des Ventrikelvolumens_T • Parenchymatöse Hämorrhagie (PVH) <p>Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zur 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	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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 zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p>
wenn Feld 45 = 1			
46	Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> 1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-

47	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening: Die Untersuchung der Netzhaut ist obligat <ul style="list-style-type: none"> a. bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter <= 1500 g Geburtsgewicht) weil bei ihnen ein erhöhtes Risiko für eine ROP besteht. b. bei Frühgeborenen zwischen 32 und 36 Wochen Gestationsalter, wenn postnatal mehr als 3 Tage Sauerstoff gegeben wurde (Leitlinie 024/010 GNPI 2007).
wenn ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden = ja			
48	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	<input type="checkbox"/> maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes 0 = nein 1 = Stadium 1 (Demarkationslinie) 2 = Stadium 2 (Prominente Leiste) 3 = Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen) 4 = Stadium 4 (Partielle Amotio retinae) 5 = Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	Diese Diagnose ist immer anzugeben, wenn sie während des aktuellen stationären Aufenthaltes aufgetreten ist (auch wenn die Diagnose bereits bei Aufnahme vorlag). Bitte geben Sie das maximale Stadium während des stationären Aufenthalts an.
wenn Feld 48 > 0			
49	ROP-Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Jegliche Sauerstoffzufuhr von mehr als 30 Minuten über 21 % soll dokumentiert werden vom Tage des Beginns bis zum Tage der endgültigen Beendigung. Eine Sauerstoffzufuhr, die nur perioperativ oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert.
wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja			
51	Beginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
52	endgültige Beendigung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	Eine Beatmung, die nur perioperativ (bis zu 24 h nach Beendigung der OP) oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert. Zu differenzieren ist hier der Beatmungsweg, nicht die Beatmungsform. Alleinige Durchführung von nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit 1 dokumentiert. Die Durchführung einer HIGH-FLOW-NASAL-CANULA-Therapie (HFNC-Therapie) soll ebenfalls in Antwortmöglichkeit "nur nasale/pharyngeale Beatmung" dokumentiert werden.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt			
54	Beginn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt			

55	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 = Pneumothorax ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor	-
59	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	<input type="checkbox"/> mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36 Wochen p. m. 0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> • 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, um eine SpO2 \geq 90% aufzuweisen, die Diagnose BPD angegeben werden soll (Evidenzgrad V). Die milde Form der BPD (FiO2 \geq 22% für wenigstens 28 Tage, aber kein Sauerstoffbedarf mit 36 SSW) wird nicht separat erhoben. Zur Diagnostik soll hierbei der Belastungstest ("Raumlufatstest") nach Walsh (15) dienen. Gemäß den NIH-Kriterien soll zwischen einer moderaten (FiO2 = 22-29%) und einer schweren (FiO2 \geq 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 \geq 32 SSW wird anstelle der Grenze von 36 SSW pm ein postnatales Alter von 8 Wochen verwandt. <u>Literatur:</u> Walsh MC, Yao Q, Gettner P, Hale E et al. Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates. Pediatrics 2004; 114 (5): 1305-1311.
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase-negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger <p>Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis)</p> <p>ALLE folgenden Kriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <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) • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • Rekapillarierungszeit >2s (RKZ) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis-Definitionen:</p> <p>*Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS-Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind.</p> <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>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*)</p> <p>Erreger aus Blut oder Liquor 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) • Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**),
--	--	--	---

			<p>erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie</p> <ul style="list-style-type: none"> • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis-Definitionen:</p> <p>* Koagulase negative Staphylokokken</p> <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>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 Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • Rekapillarierungszeit >2s • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis-Definitionen:</p> <p>*Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen</p>
--	--	--	---

			<p>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.</p> <p>**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			
neu	Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	Hier ist das Datum der ersten Sepsis/SIRS im aktuellen Aufenthalt anzugeben.
63	Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Sepsis/SIRS = ja			
64	Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt = ja			
65	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	<input type="checkbox"/> während stationärem Aufenthalt 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.
66	Zentralvenöser Katheter (ZVK)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	inkl. zentrale Gefäßkatheter, Nabelvenen- und Nabelarterienkatheter und Einschwemmkatheter. (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
wenn Feld 66 = 1			
67	ZVK-Liegetage	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: Liegetage	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein ZVK lag. Die Summe ist bei Verlegung bzw. Rückverlegung auch von der aufnehmenden Klinik anzugeben. Jeder angebrochene Tag an dem ein ZVK mehr als 12 Stunden liegt, wird als Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt. Die ZVK-Liegetage sind ebenso für Fälle anzugeben, die nicht über das NEO-KISS erfasst wurden (z.B. Fälle die auf Herzchirurgie oder Kinderchirurgie auslösen, Geburtsgewicht >1500g und Entlassung >1800g). (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
68	Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS	<input type="checkbox"/> 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Eine ZVK-assozierte primäre Sepsis liegt vor, wenn der ZVK innerhalb von 48h vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war bzw. noch immer vorhanden ist. Bitte geben Sie die Anzahl der ZVK-assozierten Septitiden an. Eine ZVK-assozierte Sepsis ist ebenso für Fälle anzugeben, die nicht über das NEO-KISS erfasst wurden (z.B. Fälle die in anderen Abteilungen, z.B. Herzchirurgie oder Kinderchirurgie auslösen, Geburtsgewicht >1500g und Entlassung >1800g). (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage,

			<p><u>Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).</u></p>
69	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, Nasenflügeln, Stöhnen) • Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie • Vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen) • CRP > 2.0 mg/dl oder Interleukin*

			<ul style="list-style-type: none"> 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											
70	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-								
71	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-								
72	Antibiotikatherapie, systemisch	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Gemeint ist jede systemisch wirksame Antibiotikatherapie, unabhängig vom Applikationsweg. Lokal wirksame Antibiotika (z.B. antibiotikahaltige Augentropfen) werden hier nicht dokumentiert.								
73	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Bitte dokumentieren Sie "ja", wenn eine NEK ab einem Stadium II (Klassifikation adaptiert nach Bell et al. (1978), Walsh & Kliegman (1986) und Lin & Stoll (2006)) vorliegt. Bei Vorliegen einer NEK mit einem Stadium von maximal I ist hier "nein" zu dokumentieren.</p> <p>Modifizierte Bell-Klassifikation der NEK:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NEK-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, Pneumatoxis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie</td> </tr> <tr> <td>III (Fortgeschritten)</td> <td>Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC</td> </tr> </tbody> </table>	NEK-Stadium	Zeichen	I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle	II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatoxis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie	III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC
NEK-Stadium	Zeichen										
I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle										
II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatoxis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie										
III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC										

			<p>Seit 2015 ist eine nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>Literatur: Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, Brotherton T. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. Ann Surg 1978; 187 (1): 1-7</p> <p>Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. Pediatric Clinics of North America 1986; 33 (1):179-201</p> <p>Lin PW, Stoll BJ. Necrotising enterocolitis. The Lancet 2006; 368 (9543): 1271-83</p>
wenn Feld 73 = 1			
74	Status bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> 1 = NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEK lag bereits bei Aufnahme vor	-
75	Neugeborenen-Hörscreening	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	<p>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“.</p> <p>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“.</p>
Operation(en) und Prozeduren			
76	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja			
77 <u>(77.1)</u>	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	<input type="checkbox"/> 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.
78 <u>(77.2)</u>	OP einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine NEK-OP während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
79 <u>(77.3)</u>	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ... <u>10. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></u> http://www.dimdi.de	Pro weiterer Operation während des aktuellen stationären Aufenthaltes bitte eine Haupt-Indikation dokumentieren.
Entlassung / Verlegung			

	ICD-10-GM http://www.dimdi.de	
--	--	--

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtambulanz (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz 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 ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Diagnose(n) der Tabelle PNEU_ICD

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

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

Diagnose(n) der Tabelle SEPSIS_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle PNEU_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
B20	Infektiöse und parasitäre Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B22	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten infolge HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
B23.0	Akutes HIV-Infektionssyndrom
B23.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheitszustände infolge HIV-Krankheit
B24	Nicht näher bezeichnete HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	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
C88.20	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
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-Abnormität: 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 unbekanntens Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntens 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
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	Adenosin-desaminase[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 überwiegender Abweichungen der B-Zellen-Zahl und -Funktion
D83.1	Variabler Immundefekt mit überwiegender immunregulatorischer T-Zell-Störungen
D83.2	Variabler Immundefekt mit Autoantikörpern gegen B- oder T-Zellen
D83.8	Sonstige variable Immundefekte
D83.9	Variabler Immundefekt, nicht näher bezeichnet
D84.0	Lymphozytenfunktion-Antigen-1[LFA-1]-Defekt
D84.1	Defekte im Komplementsystem
D90	Immunkompromittierung nach Bestrahlung, Chemotherapie und sonstigen immunsuppressiven Maßnahmen
T86.00	Versagen eines Transplantates hämatopoetischer Stammzellen
T86.01	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad I und II
T86.02	Akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV
T86.05	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, mild
T86.06	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, moderat
T86.07	Chronische Graft-versus-Host-Krankheit, schwer
T86.09	Graft-versus-Host-Krankheit, nicht näher bezeichnet
T86.10	Akute Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
T86.11	Chronische Funktionsverschlechterung eines Nierentransplantates
T86.12	Verzögerte Aufnahme der Transplantatfunktion
T86.19	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Nierentransplantates
T86.2	Versagen und Abstoßung eines Herztransplantates
T86.3	Versagen und Abstoßung eines Herz-Lungen-Transplantates
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates
T86.81	Versagen und Abstoßung: Lungentransplantat
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat
U69.00	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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>aufnehmender Standort</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „aufnehmende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u> <u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1".

			<p>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	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-																								
5	Identifikationsnummer des Patienten	<input type="checkbox"/>	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.																								
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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! 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"> <tr> <th colspan="2">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th>Beschreibung</th> </tr> <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 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter >= 65 Jahre</td> </tr> </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 >= 30/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 >= 30/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																									
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/>	-																								

		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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
Aufnahme			
9	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> <u>Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden.</u> 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 <u>externer</u> stationärer Rehabilitationseinrichtung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>Der Patient ist aus einem anderen Krankenhaus verlegt worden und nicht aus einer Abteilung des eigenen Krankenhauses.</p>
11	chronische Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> <u>Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen</u> 0 = nein 1 = ja	<p>"Chronische Bettlägerigkeit" bedeutet, dass die Patienten <u>unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr (auch nicht mit Hilfe) aus dem Bett aufstehen konnten - auch nicht zur Essensaufnahme, zur Körperpflege oder zum Ausscheiden</u></p> <p>Die gewählte Definition (entspricht der „Schweren Form der Bettlägerigkeit“ nach Zegelin-; vgl. Zegelin, Angelika (2005): Festgenagelt sein - Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Verlag Hans Huber).</p>
12	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, <u>d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle</u>	<input type="checkbox"/> <u>Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint</u> 0 = nein 1 = ja	<p>Invasive maschinelle Beatmung bedeutet eine Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle.</p> <p>Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint.</p> <p>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.</p>
wenn Feld 12 = 0			

13	<p>Desorientierung: <u>Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?</u></p>	<p><input type="checkbox"/> Qualitative Beurteilung bei Aufnahme</p> <p>0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt</p>	<p>Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (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="922 1173 1390 1532"> <tr> <th colspan="2">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th>Beschreibung</th> </tr> <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 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td>Alter >= 65 Jahre</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="922 1563 1390 1845"> <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> <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> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz >= 30/min	B	Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.	65	Alter >= 65 Jahre	Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen			Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65	1	niedrig	0	2	mittel	1-2	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 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.																													
65	Alter >= 65 Jahre																													
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																														
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																												
1	niedrig	0																												
2	mittel	1-2																												
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																												
wenn Feld 12 = 0																														
14 (14.1)	spontane Atemfrequenz	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>bei Aufnahme</p> <p>Angabe in: Atemzüge/min Gültige Angabe: 1 - 60 Atemzüge/min</p>	<p>Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute bei der Aufnahme. Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt folgendes, standardmäßiges Vorgehen zur Bestimmung der Atemfrequenz (SOP): Die Messung der Atemfrequenz erfolgt entweder durch visuelle Beobachtung der</p>																											

			<p>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!</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"> <tr> <th colspan="2">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th>Beschreibung</th> </tr> <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> </table> <table border="1"> <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> <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> </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	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) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.																													
65	Alter ≥ 65 Jahre																													
Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen																														
Risikoklasse	Erwartete Sterblichkeit	Gesamtpunktzahl CRB-65																												
1	niedrig	0																												
2	mittel	1-2																												
3	hoch	3-4 und beatmete Patienten																												
15 <u>(14.2)</u>	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt	<input type="checkbox"/> bei Aufnahme 1 = ja	Die Messung der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme ist Bestandteil der Risikoadjustierung. Fälle, bei denen die Atemfrequenz nicht gemessen wurde, werden in der niedrigsten Atemrisikogruppe berücksichtigt.																											
wenn Feld 12 = 0																														
16	Blutdruck systolisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erste Messung bei Aufnahme Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 349 mmHg Angabe ohne Warnung: 61 - 249 mmHg	<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"> <tr> <th colspan="3">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th colspan="2">Beschreibung</th> </tr> <tr> <td>C</td> <td colspan="2">Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td colspan="2">Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2">Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td colspan="2">Alter ≥ 65 Jahre</td> </tr> </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																															
17	<p>Blutdruck diastolisch</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Erste Messung bei Aufnahme</p> <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"> <tr> <th colspan="3">Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom</th> </tr> <tr> <th>Initial</th> <th colspan="2">Beschreibung</th> </tr> <tr> <td>C</td> <td colspan="2">Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person</td> </tr> <tr> <td>R</td> <td colspan="2">Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2">Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) ≤ 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg.</td> </tr> <tr> <td>65</td> <td colspan="2">Alter ≥ 65 Jahre</td> </tr> </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> </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			
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	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	<input type="checkbox"/> 0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	<p>Eine Sauerstoffmangelversorgung ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (Meehan et al. 1997; Alberta Medical Association 2006).</p> <p>Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild des Patienten noch nicht erkennbar sind.</p> <p><u>Weder Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie</u> bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes weder eine arterielle bzw. kapilläre Blutgasanalyse noch eine Pulsoxymetrie durchgeführt wurde.</p> <p><u>Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme</u> 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.</p> <p><u>4 bis unter 8 Stunden</u> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus angezählt bis zur Untersuchung mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind.</p> <p><u>8 Stunden und später</u> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung mindestens 8 Stunden vollendet sind.</p>		
19	initiale antimikrobielle Therapie	<input type="checkbox"/> 0 = keine antimikrobielle Therapie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später 4 = Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie	<p>Bei der Verabreichung der antimikrobiellen Therapie im Krankenhaus ist die Uhrzeit der Verabreichung in der Patientenakte mit anzugeben. Aus der Differenz zwischen der Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus und der Verabreichung der Medikation kann das Zeitintervall genau bestimmt werden.</p> <p><u>Keine antimikrobielle Therapie</u> bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine antibiotische Therapie verabreicht wurde.</p> <p><u>Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme</u> bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie 4 Stunden noch nicht vollendet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt des Beginns der antimikrobiellen Therapie erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen der Beginn der antimikrobiellen Therapie bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben.</p> <p><u>4 bis unter 8 Stunden</u> 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</p>		

			<p>vollendet sind.</p> <p>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.</p> <p>Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.</p>
Verlauf			
20	Beginn der Mobilisation	<input type="checkbox"/> mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (<u>selbstständig oder mit Hilfe</u>) 0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	<p>Keine Mobilisierung bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat.</p> <p>Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind.</p> <p>24 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt mindestens 24 Stunden vollendet sind.</p> <p>Mobilisation wird definiert als:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder • Gehen <p>jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten.</p> <p>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>
24	Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthalts	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p>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.</p>
22	maschinelle Beatmung	<input type="checkbox"/> <u>nicht-invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP</u> <u>invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle</u> 0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	<p>Definition von <u>Nicht-invasiv: Maskenbeatmung, Beatmungshelme</u> <u>Invasiv: Mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle</u></p>
23	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthaltes eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	<input type="checkbox"/> <u>Hinweise in der Patientenakte wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend, um „ja“ anzugeben.</u> 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</p>

			<p>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 23 = 1			
24	Datum des Eintrags in der Patientenakte	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
Entlassung			
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187</p>
26	Entlassungsdiagnose(n)	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"/> ... 30. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	<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 20198 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20187 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20187 aufgenommen worden ist.</p>
27	Entlassungsgrund	<input type="text"/> <input type="text"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung			
wenn Feld 27 <> '07'			

28	<p>Desorientierung: <u>Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?</u></p>	<p><input type="checkbox"/> mind. estens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, <u>qualitative Beurteilung</u></p> <p>0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt</p>	<p>Besteht zum Zeitpunkt der Entlassung eine Bewusstseinstörung (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. 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. 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>
29	<p>stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme</p>	<p><input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung</p> <p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Damit ist die Fähigkeit des Patienten gemeint, die oral/ enteral aufgenommene Nahrung zu vertragen. Patienten mit Malabsorptionskrankheiten oder Maldigestionskrankheiten, die eine Langzeit-Sondenernährung wegen der Grundkrankheit und unabhängig von der Behandlung der Pneumonie erhalten, werden als stabil eingestuft, wenn sie die Nahrung über die</p>

			<p>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:</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. 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>
30	spontane Atemfrequenz	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	<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:</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</p>

			<p>Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden. Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumlufat 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>
31	Herzfrequenz	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt	<p>Bestimmung der Anzahl der Herzschläge pro Minute.</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. Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumlufat 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>
32	Temperatur	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 37,2°C 2 = über 37,2°C 3 = nicht bestimmt	<p>Bestimmung der Körpertemperatur in Grad Celsius.</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</p>

			<p>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.</p>
33	Sauerstoffsättigung	<p><input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung</p> <p>1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt</p>	<p>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.</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. 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</p>

			<p>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>
34	Blutdruck systolisch	<input type="checkbox"/> mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	<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. 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>

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulen Chirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzchirurgie (HCH)

Textdefinition

In einem Katalog von Einschlussprozeduren definierte operative Leistungen bei erworbenen Koronarerkrankungen sowie den operativen oder kathetergestützten Klappenersatz/-wechsel bei Aortenklappenerkrankungen bei Patienten über 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2017~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~'2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~'2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~'2019'

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS

OPS-Kode	Titel
5-351.01	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Allotransplantat
5-351.02	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.03	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.04	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Kunstprothese
5-351.05	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
5-351.06	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten
5-351.0x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Sonstige
5-352.00	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese
5-352.01	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat
5-352.02	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese
5-352.03	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat
5-352.06	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei
5-352.07	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten
5-352.0x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Sonstige
5-35a.00	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär

5-35a.01	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.02	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-361.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Arterien
5-361.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.08	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass einfach: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-361.13	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Arterien
5-361.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.18	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass zweifach: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-361.23	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Arterien
5-361.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.28	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass dreifach: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-361.33	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Arterien
5-361.37	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.38	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass vierfach: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-361.43	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass fünffach: Mit autogenen Arterien
5-361.47	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass fünffach: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.48	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass fünffach: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-361.53	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass sechsfach oder mehr: Mit autogenen Arterien
5-361.57	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass sechsfach oder mehr: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-361.58	Anlegen eines aortokoronaren Bypass: Bypass sechsfach oder mehr: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
5-362.03	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.07	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.13	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.17	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.23	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.27	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.33	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.37	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.43	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.47	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.53	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.57	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.63	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.67	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz

5-362.73	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.77	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.83	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.87	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.93	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.97	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.a3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.a7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.b3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.b7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.c3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.c7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.d3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.d7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.e3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.e7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.f3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Sternotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.f7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.g3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Thorakotomie: Mit autogenen Arterien
5-362.g7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.h3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Endoskopie: Mit autogenen Arterien
5-362.h7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach oder mehr, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.x3	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Sonstige: Mit autogenen Arterien
5-362.x7	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Sonstige: Mit autogenen Venen ohne externes Stabilisierungsnetz
5-362.y	Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: N.n.bez.
5-363.4	Andere Revaskularisation des Herzens: Revaskularisation mit freiem A. mammaria interna-Transplantat (IMA-Transplantat)

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-350.2	Valvulotomie: Mitralklappe, geschlossen
5-350.3	Valvulotomie: Mitralklappe, offen
5-350.4	Valvulotomie: Pulmonalklappe, geschlossen
5-350.5	Valvulotomie: Pulmonalklappe, offen
5-350.6	Valvulotomie: Trikuspidalklappe, geschlossen
5-350.7	Valvulotomie: Trikuspidalklappe, offen
5-350.x	Valvulotomie: Sonstige
5-350.y	Valvulotomie: N.n.bez.

5-351.11	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Allotransplantat
5-351.12	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.13	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.14	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Durch Kunstprothese
5-351.1x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, offen chirurgisch: Sonstige
5-351.21	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Allotransplantat
5-351.22	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.23	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.24	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, thorakoskopisch: Durch Kunstprothese
5-351.2x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Mitralklappe, thorakoskopisch: Sonstige
5-351.31	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Allotransplantat
5-351.32	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.33	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.34	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch Kunstprothese
5-351.37	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
5-351.3x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Pulmonalklappe: Sonstige
5-351.41	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Allotransplantat
5-351.42	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.43	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.44	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Durch Kunstprothese
5-351.4x	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Trikuspidalklappe: Sonstige
5-351.x1	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Sonstige: Durch Allotransplantat
5-351.x2	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Sonstige: Durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-351.x3	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Sonstige: Durch Xenotransplantat, stentless
5-351.x4	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Sonstige: Durch Kunstprothese
5-351.xx	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Sonstige: Sonstige
5-351.y	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: N.n.bez.
5-352.04	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
5-352.05	Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
5-352.10	Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese
5-352.11	Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat
5-352.12	Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese
5-352.13	Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat
5-352.1x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Mitralklappe: Sonstige
5-352.20	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese
5-352.21	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat
5-352.22	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese
5-352.23	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat
5-352.24	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
5-352.25	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
5-352.28	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
5-352.2x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Sonstige
5-352.30	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Xenotransplantat durch Kunstprothese
5-352.31	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Kunstprothese durch Xenotransplantat
5-352.32	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Kunstprothese durch Kunstprothese
5-352.33	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Xenotransplantat durch Xenotransplantat
5-352.3x	Wechsel von Herzklappenprothesen: Trikuspidalklappe: Sonstige
5-352.y	Wechsel von Herzklappenprothesen: N.n.bez.
5-353.1	Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
5-353.2	Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
5-353.3	Valvuloplastik: Pulmonalklappe, Anuloplastik

5-353.4	Valvuloplastik: Trikuspidalklappe, Anuloplastik
5-353.5	Valvuloplastik: Trikuspidalklappe, Segelrekonstruktion
5-353.x	Valvuloplastik: Sonstige
5-353.y	Valvuloplastik: N.n.bez.
5-354.01	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.04	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Supra-avalvuläre Resektion
5-354.05	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Prothesenrefixation
5-354.06	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Entkalkung
5-354.08	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
5-354.09	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
5-354.0a	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David
5-354.0b	Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach Yacoub
5-354.11	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.12	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-354.13	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Prothesenrefixation
5-354.1x	Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Sonstige
5-354.21	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.22	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Subvalvuläre fibröse Resektion
5-354.23	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Subvalvuläre muskuläre Resektion
5-354.24	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Supra-avalvuläre Resektion
5-354.25	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Prothesenrefixation
5-354.26	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Entkalkung
5-354.28	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
5-354.29	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
5-354.2x	Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Sonstige
5-354.31	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Exploration (mit Thrombektomie)
5-354.32	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Rekonstruktion Chordae tendineae und/oder Papillarmuskeln
5-354.33	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Prothesenrefixation
5-354.34	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Entkalkung
5-354.3x	Andere Operationen an Herzklappen: Trikuspidalklappe: Sonstige
5-354.x	Andere Operationen an Herzklappen: Sonstige
5-354.y	Andere Operationen an Herzklappen: N.n.bez.
5-355.0	Herstellung und Vergrößerung eines Septumdefektes des Herzens: Vergrößerung eines bestehenden Septumdefektes
5-355.1	Herstellung und Vergrößerung eines Septumdefektes des Herzens: Herstellung eines Septumdefektes (Blalock-Hanlon)
5-355.x	Herstellung und Vergrößerung eines Septumdefektes des Herzens: Sonstige
5-355.y	Herstellung und Vergrößerung eines Septumdefektes des Herzens: N.n.bez.
5-356.0	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Vorhofseptumdefekt, Verschluss n.n.bez.
5-356.1	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Vorhofseptumdefekt, Verschluss partiell
5-356.2	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Vorhofseptumdefekt, Verschluss total
5-356.3	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Ventrikelseptumdefekt, Verschluss n.n.bez.
5-356.4	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Ventrikelseptumdefekt, Verschluss partiell
5-356.5	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Ventrikelseptumdefekt, Verschluss total
5-356.6	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Atrioventrikulärer Defekt, n.n.bez., Korrektur

5-356.7	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Atrioventrikulärer Defekt, partiell, Korrektur
5-356.8	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Atrioventrikulärer Defekt, total, Korrektur
5-356.x	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: Sonstige
5-356.y	Plastische Rekonstruktion des Herzseptums bei angeborenen Herzfehlern: N.n.bez.
5-357.0	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Ductus arteriosus apertus (Botalli)
5-357.1	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Aortenisthmus(stenose)
5-357.2	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: A. lusoria
5-357.3	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: A. pulmonalis (Schlingen)
5-357.4	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: V. cava
5-357.5	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: V. pulmonalis
5-357.7	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Unterbrochener Aortenbogen
5-357.8	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Kollateralgefäße, Unifokalisierung
5-357.x	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Sonstige
5-357.y	Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: N.n.bez.
5-358.05	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.06	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.07	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.10	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenrekonstruktion
5-358.11	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
5-358.12	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-358.13	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
5-358.14	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
5-358.15	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.16	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.17	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.1x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Sonstige
5-358.20	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenrekonstruktion
5-358.21	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
5-358.22	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-358.23	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
5-358.24	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
5-358.25	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.26	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.27	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.2x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Sonstige
5-358.30	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenrekonstruktion
5-358.31	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
5-358.32	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)

5-358.33	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
5-358.34	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
5-358.35	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.36	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.37	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.3x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Sonstige
5-358.40	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenrekonstruktion
5-358.41	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
5-358.42	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-358.43	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
5-358.44	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
5-358.45	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.46	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.47	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.4x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Sonstige
5-358.50	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenrekonstruktion
5-358.51	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
5-358.52	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
5-358.53	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
5-358.54	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
5-358.55	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
5-358.56	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
5-358.57	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
5-358.5x	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
5-358.y	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: N.n.bez.
5-359.0	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Totalkorrektur einer Tetralogie nach Fallot
5-359.10	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Transposition der großen Arterien (TGA): Atriale Switch-Operation
5-359.11	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Transposition der großen Arterien (TGA): Arterielle Switch-Operation
5-359.12	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Transposition der großen Arterien (TGA): Double Switch-Operation
5-359.1x	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Transposition der großen Arterien (TGA): Sonstige
5-359.20	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Lungenvenenfehlmündung: Total
5-359.21	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Lungenvenenfehlmündung: Partiiell
5-359.30	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Double-outlet-right-ventricle: Fallot-Typ

5-359.31	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Double-outlet-right-ventricle: Nicht Fallot-Typ
5-359.4	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Double-outlet-left-ventricle
5-359.5	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Truncus arteriosus
5-359.60	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Glenn-Operation, unidirektional
5-359.61	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Glenn-Operation, bidirektional
5-359.62	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Glenn-Operation, bilateral
5-359.63	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Fontan-Typ-Operation, intrakardialer Tunnel
5-359.64	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Fontan-Typ-Operation, extrakardialer Tunnel
5-359.65	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Fontan-Typ-Operation, sonstige
5-359.66	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Damus-Kay-Stansel-Operation
5-359.67	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Norwood-Typ-Operation
5-359.6x	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Operation an einem funktionell/morphologisch univentrikulären Herzen: Sonstige
5-359.7	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Cor triatriatum
5-359.8	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
5-359.x	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Sonstige
5-359.y	Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: N.n.bez.
5-35a.2	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik
5-35a.30	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Mitralklappenersatzes: Endovaskulär
5-35a.31	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal, ohne Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.32	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Mitralklappenersatzes: Transapikal, mit Verwendung eines perkutanen apikalen Zugangs- und Verschlusssystems
5-35a.40	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Transarteriell
5-35a.41	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Transvenös
5-35a.5	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion
5-371.30	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
5-371.31	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
5-371.32	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch bipolare Radiofrequenzablation
5-371.33	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch Kryoablation
5-371.34	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch Mikrowellenablation
5-371.35	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch Hochfrequenzultraschallablation
5-371.36	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch Laserablation
5-371.3x	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Endokardial: Durch sonstige Energiequellen
5-371.40	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation
5-371.41	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
5-371.42	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch bipolare Radiofrequenzablation
5-371.43	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch Kryoablation
5-371.44	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch Mikrowellenablation
5-371.45	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch Hochfrequenzultraschallablation
5-371.46	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch Laserablation
5-371.4x	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, offen chirurgisch: Durch sonstige Energiequellen
5-371.50	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch unipolare konventionelle Radiofrequenzablation

5-371.51	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch unipolare gekühlte Radiofrequenzablation
5-371.52	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch bipolare Radiofrequenzablation
5-371.53	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch Kryoablation
5-371.54	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch Mikrowellenablation
5-371.55	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch Hochfrequenzultraschallablation
5-371.56	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch Laserablation
5-371.5x	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Epikardial, endoskopisch: Durch sonstige Energiequellen
5-371.x	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Sonstige
5-371.y	Chirurgische ablativ Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: N.n.bez.
5-373.1	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Exzision am Ventrikel
5-373.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Partielle linksventrikuläre Reduktionsplastik (Batista)
5-373.3	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Resektion eines Aneurysmas, am Vorhof
5-373.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Resektion eines Aneurysmas, am Ventrikel
5-373.5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: MAZE-Verfahren (Alternative Verfahren)
5-373.6	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Exzision am Reizleitungssystem, am Ventrikel
5-373.7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Destruktion am Reizleitungssystem, am Vorhof
5-373.8	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Herzens: Destruktion am Reizleitungssystem, am Ventrikel
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 Aufenthaltes: Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.31	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
5-381.00	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-382.00	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
5-384.01	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 biiliakal
5-384.44	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-384.45	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.46	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
5-384.4x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
5-384.51	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
5-384.52	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.53	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biiliakal
5-384.54	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biiliakal 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 biiliakal
5-384.64	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal 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 biiliakal
5-384.74	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma
5-384.75	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
5-384.76	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
5-384.7x	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
5-384.8	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
5-384.d1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese

5-384.d2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.dx	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
5-384.e1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
5-384.e2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.ex	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
5-384.f1	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
5-384.f2	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
5-384.fx	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
5-393.00	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
5-393.02	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
5-395.00	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
5-396.00	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
5-396.02	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-396.03	Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
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
5-981	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.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Herzchirurgie (HCH)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Patientenbasisdaten			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	□□ <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u>

		Format: TT.MM.JJJJ	
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
9 (9.1)	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: $\geq 0-1$ cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben. Angabe der Größe gemessen (nicht geschätzt)
10 (9.2)	Körpergröße unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
11 (11.1)	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: $\geq 0-1 - 500$ kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die Herzchirurgie in Kilogramm angeben. Angabe des Gewichts gewogen (nicht geschätzt). Gerundet auf volle kg.
12 (11.2)	Körpergewicht unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Anamnese / Befund			
13	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	<input type="checkbox"/> 1 = (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit 2 = (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung 3 = (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung 4 = (IV): Beschwerden in Ruhe	-
14	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/> nach CCS 0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) 4 = CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	-
15	Infarkt(e)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück 4 = ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	Klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) Dieses Datenfeld ist nur dann mit "ja" zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten die Kriterien eines akuten ST-Hebungsinfarktes (STEMI) erfüllt sind und/ oder ein signifikantes Enzymmuster vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> • ST-Streckenhebung von $\geq 0,1$ mV in mindestens zwei zusammenhängenden Extremitätenableitungen, oder • $\geq 0,2$ mV in mindestens zwei zusammenhängenden Brustwandableitungen, oder • Linksschenkelblock mit infarkttypischer Symptomatik und/ oder • Pathologische CK-Werte in Verbindung mit mindestens 10% CK-MB-Anteil und einem positiven kardialen Troponin <p>Schlüssel 3 bedeutet weniger oder gleich 90 Tage</p>
16	kardiogener Schock / Dekompensation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der	Klinisch nachgewiesener kardiogener Schock oder dekompensierte Herzinsuffizienz.

		letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	
17	Reanimation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt	Bitte eintragen, ob der Patient anamnestisch einen Herzkreislauf-Stillstand hatte.
18	Patient wird beatmet	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bitte eintragen, ob der Patienten bei Ankunft im OP-Bereich beatmet wurde.
19	pulmonale Hypertonie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = 31 - 55 mmHg 2 = > 55 mmHg 9 = unbekannt	-
20	Herzrhythmus bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> 1 = Sinusrhythmus 2 = Vorhofflimmern 9 = anderer Rhythmus	Hier ist der bei Aufnahme bestehende Herzrhythmus einzutragen. Bei Schrittmacherträgern bitte die Ziffer 9 kodieren.
21	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Schrittmacher 2 = ja, Defibrillator	Hier bitte eintragen ob der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme permanenter Schrittmacher- und/oder Defibrillatorträger ist.
22	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	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.
Kardiale Befunde			

23	LVEF	<input type="checkbox"/> 1 = <= 20% 2 = 21% - 30% 3 = 31% - 50% 4 = > 50%	-
24	Koronarangiographiefund	<input type="checkbox"/> 0 = keine KHK 1 = 1-Gefäßerkrankung 2 = 2-Gefäßerkrankung 3 = 3-Gefäßerkrankung	-
25	signifikante Hauptstammstenose	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, gleich oder größer 50% 9 = unbekannt	„ja“ bitte beantworten, wenn die Stenose des linken Hauptstamm gleich oder größer als 50% ist.
Vorausgegangene(r) interventionelle(r) Koronareingriff(e)			
26	PCI	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
Vor-OP(S) an Herz/Aorta			
27	Anzahl	<input type="checkbox"/> 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 oder mehr 8 = genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1) 9 = unbekannt	Voroperation vor aktueller Aufnahme Die Anzahl kann von 0 bis 5 eingetragen werden. Bitte eine 8 eintragen, wenn die Anzahl unbekannt ist, aber mind. 1 Vor-OP durchgeführt wurde.
Aktuelle weitere Erkrankung(en)			
Weitere Begleiterkrankungen			
28	akute Infektion(en)	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	Definition: Eine akute Infektion liegt grundsätzlich dann vor, wenn bei einem Patienten Fieber von 38,5°C rektal und / oder eine Leukozytose über 10.000/mm ³ während mindestens drei Tagen besteht. Auf dem Erhebungsbogen ist ein Katalog solcher Erkrankungen zur Auswahl vorgegeben, die zum Zeitpunkt der Operation noch von klinischer Relevanz und nicht ausbehandelt sind. Eine unmittelbar präoperativ diagnostizierte und ausbehandelte Infektion (auch direkt präoperativ - z.B. Aufnahme mit Harnwegsinfekt, der bis zur OP ausbehandelt ist) ist hier nicht zu berücksichtigen. Eine Hepatitis muss serologisch gesichert sein. Das gleiche gilt auch für weitere Virale Erkrankungen (z. B. HIV, CMV oder EBV). Bei nicht infektiösen Hepatiden erfolgt kein Eintrag. Auch die floride Endokarditis mit OP-Indikation muss nur hier und nicht im postoperativen Verlauf angegeben werden. Bei Vorliegen mehrerer Erkrankungen sind diejenigen Erkrankungen mit der höchsten klinischen Wertigkeit anzugeben. zu 1: Unter Mediastinitis wird eine tiefe thorakale das Sternum und das Mediastinum involvierende Infektion verstanden. Eine weitere Voraussetzung für diese Diagnose ist das Vorliegen allgemeiner klinischer Zeichen einer Infektion und eine lokale Sekretansammlung mit Keimnachweis. zu 2: Bakteriämie/Sepsis liegt vor bei klinischen Symptomen einer Infektion mit Nachweis von Keimen aus Blutkulturen (mindestens zwei positive Blutkulturen!) oder

		<p>das klassische klinische Bild eines Endotoxin-Schocks</p> <p>zu 3: eine broncho-pulmonale Infektion liegt vor bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typischen röntgenologischen Veränderungen im Sinne von Infiltration(en) mit entsprechender Klinik - bei Fieber und/oder Leukozytose mit Nachweis von pathogenen Keimen, die durch gezielte Absaugung gewonnen wurden, wenn keine anderen Infektionsherde im Körper vorliegen - in diese Kategorie fallen auch isolierte Infektionen bei Patienten mit einem Tracheostoma. Keimnachweis allein aus der endotrachealen Absaugung ohne Röntgenbefund und ohne eindeutige Klinik gilt nicht als eine broncho-pulmonale Infektion <p>zu 4: oto-laryngologische Infektionen: Infektion im Hals-Nasen-Ohren-Bereich.</p> <p>zu 5: Floride Endokarditis: Das typische Bild einer floriden bakteriellen Endokarditis liegt vor bei Fieber mit neu aufgetretenem Herzgeräusch, ein echokardiographischer Nachweis von Vegetationen, Klappendestruktionen, Keimnachweis aus Blutkulturen. Die Diagnose gilt auch bei postoperativer Bestätigung der Keimbefestigung, mit bakteriologischem Keimnachweis aus dem resezierten Klappenpräparat bzw. bei mikroskopischem Nachweis von Bakterien (auch bei negativer Kultur) als gesichert.</p> <p>zu 6: Eine Peritonitis besteht bei Vorliegen eines akuten Abdomens und entsprechenden laborchemischen Entzündungsparametern.</p> <p>zu 7: Wundinfektion Thorax liegt vor bei Wunden (nicht bei primär heilenden Wunden) mit primärem Keimnachweis aus der Wunde, sowie bei Keimnachweis aus Wundpunkttaten. In diese Kategorie fallen alle Infektionen im thorakalen Bereich, die nicht bereits als Mediastinitis angegeben sind.</p> <p>zu 8: Pleuraempyem: Hierbei handelt es sich um eine Eiteransammlung im Pleuraraum. Der einmalige Nachweis von Keimen in einem makroskopisch unauffälligen Pleurapunktat muss noch kein ausreichender Hinweis für Pleuraempyem sein.</p> <p>zu 9: Venenkatheterinfektion: Wenn bei einem Patienten klinische Zeichen einer Infektion, d. h. Fieber oder Leukozytose vorhanden sind und aus der Spitze des entfernten Katheters (ZVK) pathogene Keime gezüchtet werden, gehören diese nicht zur normalen Hautflora, dann besteht mit Sicherheit eine Infektion dieser Kategorie.</p> <p>zu 10: Eine Harnwegsinfektion liegt vor, wenn im Zusammenhang mit Miktionsbeschwerden im Mittelstrahl-Urin 105 Keime nachgewiesen werden können.</p> <p>zu 11: In die Kategorie Wundinfektionen untere Extremitäten fallen alle infizierten Wunden an den Beinen sowie inguinale Wundinfektionen</p> <p>zu 18: Andere Wundinfektion liegt vor; wenn es sich nicht um Wunden im thorakalen Bereich oder am Bein handelt, fallen diese in diese Kategorie.</p> <p>zu 88: In diese Kategorie sonstige Infektion gehören z. B. Pilzinfektionen der</p>
--	--	--

			Mundschleimhaut (Soor), Tonsillitiden, eine akute Pharyngitis, grippale Infekte und andere virale oder bakterielle Infektionen (z. B. Panaritium, Furunkel etc.)
29	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	Bitte ja angeben, wenn der Patient medikamentös behandelt wird, bzw. der Nüchternblutzucker über 110 mg/dl (6,1 mmol/l) liegt.
30	arterielle Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Anzugeben sind hier vorausgegangene oder geplante Eingriffe an Extremitätenarterien oder Carotiden. Betrifft alle peripheren, inkl. Supraaortalen Gefäßerkrankungen z. B. arteriellen Gefäßerkrankungen, Aneurysmen und klinisch auffällige vaskuläre Anomalien. signifikante Stenosen = (Stenosen \geq 50 % in allen bildgebenden Verfahren inkl. Doppler)
bei arterieller Gefäßerkrankung			
31	periphere AVK	<input type="checkbox"/> Extremitäten 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte „ja“ dokumentieren, wenn bei dem Patienten ein pAVK im Stadium 2 oder höher nach Fontaine vorliegt, bzw. Eingriffe an Extremitätenarterien (Becken-, Beinarterien) wg. Atherosklerose durchgeführt wurden oder geplant sind.
32	Arteria Carotis	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Stenose \geq 50 % und Verschluss der A. Carotis communis und/oder A. Carotis interna.
33	Aortenaneurysma	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Durchmesser Größe \geq 5 cm Aneurysma der abdominalen Aorta oder Zustand nach Operation
34	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
35	Lungenerkrankung(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, COPD mit Dauermedikation 2 = ja, COPD ohne Dauermedikation 8 = ja, andere Lungenerkrankungen 9 = unbekannt	Alle funktionell bedeutenden entzündlichen und nichtentzündlichen Lungen- und Pleuraerkrankungen, sowie Trachealstenosen. Mit 1 und 2 sind auch Kombinationen von COPD mit anderen Lungenerkrankungen zu kodieren
36	neurologische Erkrankung(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	Hier werden neurologische Vorerkrankungen wie z. B. apoplektischer Insult, periphere Polyneuropathie, Phrenicusparese und weitere Nervenläsionen erfasst. Definition der neurologischen Erkrankung: Dokumentiert werden sollen Erkrankungen, die zu schweren Einschränkungen der Beweglichkeit oder zu schweren Einschränkungen bei täglichen Verrichtungen führen. Schlüssel 9 = Es kann keine Aussage zu einer neurologischen Erkrankung getroffen werden. (ob eine neurologische Erkrankung vorliegt oder nicht- ist unbekannt)
wenn neurologische Erkrankungen = 1 (ZNS, zerebrovaskulär):			
37	Schweregrad der Behinderung	<input type="checkbox"/> 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem	Die Rankin Skala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall (Datenfeld neurologische Erkrankungen = 1). Einträge sind entsprechend dem Schlüssel vorzunehmen.

		Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	
38	präoperative Nierenersatztherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	Schlüssel 1 ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten präoperativ eine Nierenersatztherapie durchgeführt wird, jedoch noch kein Dialyse-Shunt oder Peritonealdialysekatheter appliziert wurde.
wenn keine präoperative Nierenersatztherapie durchgeführt wurde			
39 <u>(39.1)</u>	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> präoperativ (letzter Wert vor OP) Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.
40 <u>(39.2)</u>	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> präoperativ (letzter Wert vor OP) Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.
Teildatensatz Operation (O)			
OP-Basisdaten			
41	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
42	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
43	Operation	<u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> 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"/> ... 20. <input type="checkbox"/>-<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>	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 2019 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 aufgenommen worden ist.

		OPS http://www.dimdi.de	
Kategorien durchgeführter Eingriffe			
44	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation koronarchirurgischer Eingriffe ist verpflichtend.
45	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, konventionell chirurgisch 2 = ja, kathetergestützt endovaskulär 3 = ja, kathetergestützt transapikal	Die Dokumentation aortenklappenchirurgischer Eingriffe ist verpflichtend. Hier ist die primär durchgeführte Operation zu dokumentieren. (Ein im Verlauf der Operation durchgeführter Umstieg auf das konventionell chirurgische Verfahren bei primär kathetergestütztem Eingriff ist hier als kathetergestützt zu dokumentieren.)
46	sonstige OP	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Unter diese Kategorie fallen sonstige simultan durchgeführte Operationen an Herz und herznahen Gefäßen, den thorakalen oder abdominellen Organen. Sonstige OP kann somit z.B. angegeben werden beim zusätzlichen Verschluss eines Ventrikel-Septum-Defektes. Wird geplant sowohl die Aortenklappe ersetzt und in der gleichen OP ein Herzunterstützungssystem/Kunsterz implantiert, ist die Angabe „sonstige OP“ gerechtfertigt. Ergeben sich aber beim primär geplanten kardialen Eingriff (isolierter Aortenklappeneingriff, isolierte Koronarchirurgie oder kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie) Komplikationen, sind diese nicht als „sonstige“ zu dokumentieren. Hier ist stets der kardiale Eingriff führend. Eingriffe an der Haut, den peripheren Gefäßen, eine Perikardiolyse, eine gleichzeitig durchgeführte Mitralklappenentkalkung, die Implantation von Schrittmachern eine Herzohrligatur, eine Vorhofablation, eine subaortale Myektomie oder die Implantation einer IABP sind <u>nicht</u> als sonstige Eingriffe zu dokumentieren. Interventionen wie z.B. eine zeitgleich durchgeführte PTCA sollen hier nicht als „sonstige Operationen“ dokumentiert werden. Sofern „sonstige = ja“ dokumentiert wird, bitte in Datenfeld "Eingriff(e) (OPS)" den OPS-Kode des sonstigen Eingriffs angeben.
wenn Feld 46 = 1			
47	Führender OPS-Kode der sonstigen OP	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de	-
48	Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	Diese ist zum Zeitpunkt der OP zu bestimmen: <ul style="list-style-type: none"> • Elektiv: Die Wahl des OP-Termins erfolgte unter Beachtung der kapazitiven Möglichkeiten, oder des Wunsches des Patienten und den abgeschlossenen Voruntersuchungen. • Dringlich: Zwischen Indikationsstellung und OP bestand aus kardialen Gründen keine Unterbrechung der Hospitalisation.

			<ul style="list-style-type: none"> Notfall: Die Operation erfolgt zur Abwendung einer lebensbedrohlichen Situation unmittelbar (bis max. 12h) nach Diagnosestellung. Bei einer sofort eingeleiteten Operation (z. B. Reanimation) bitte Ziffer 4 kodieren.
49	Nitrate (präoperativ)	<input type="checkbox"/> i. v. 0 = nein 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn der Patient bei Ankunft im OP-Bereich unter i. v. - Nitrattherapie steht.
50	Troponin positiv (präoperativ)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bitte „ja“ angeben, wenn innerhalb der letzten 48 Stunden vor der Operation Troponin T oder Troponin I pathologisch waren.
51	Inotrope (präoperativ)	<input type="checkbox"/> i. v. 0 = nein 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn der Patient bei Ankunft im OP-Bereich unter i. v. - Katecholamintherapie steht
52	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, IABP 2 = ja, andere	Hier bitte eintragen, ob und wenn ja welche Art der mechanischen Kreislaufunterstützung präoperativ erfolgt ist. (<u>Auch Eine-eine</u> vor dem Hautschnitt im Operationsaal gelegte IABP ist mit dem Schlüssel „ <u>ja, IABP</u> “ zu kodieren.)
53	Wundkontaminationsklassifikation	<input type="checkbox"/> nach Definition der CDC 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	<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</p>

			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)
54	Zugang	<input type="checkbox"/> 1 = konventionelle Sternotomie 9 = andere	Bitte hier die Art des Zuganges zum Operationsgebiet eintragen. Für die kathetergestützten Eingriffe ist der Schlüssel 9 = andere zu verwenden.
55	OP-Zeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.dimdi.de Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 0 Minuten Angabe ohne Warnung: 20 - 480 Minuten	Bei kathetergestützten Eingriffen ist die OP-Zeit <u>von Beginn der Punktion bis zum Verschluss der Punktionsstelle</u> zu dokumentieren.
Koronarchirurgie			
bei koronarchirurgischen Eingriffen			
56	Anzahl der Grafts	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 0 Angabe ohne Warnung: <= 8	Anzahl der verwendeten Blutleiter (Bypassgefäße, auch Prothesen). Beispiele: Y-Bypass entspricht zwei Grafts Sequentieller Bypass entspricht einem Graft
Art der Grafts			
bei Graft(s)			
57 (57.1)	ITA links	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
58 (57.2)	sonstige Grafts	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Hier können weitere verwendete Grafts, die nicht einzeln aufgelistet sind, eingetragen werden.
Aortenklappenchirurgie			
bei Operationen an der Aortenklappe			
59	Stenose	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	War die Klappe stenotisch verändert? Bei kombinierten Vitien bitte auch Datenfeld Insuffizienz entsprechend beantworten.
60	Insuffizienz	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bestand eine Klappeninsuffizienz?
61	intraprozedurale Komplikationen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 61 = 1			
62 (62.1)	Device-Fehlpositionierung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn aufgrund einer Fehlpositionierung mindestens eine der folgenden Situationen zutrifft: <ul style="list-style-type: none"> eine weitere Klappe musste implantiert werden (Valve-in-valve) eine Aortenregurgitation >= 2. Grades liegt vor

			<ul style="list-style-type: none"> eine implantierte Klappe dislozierte in die Aorta oder in die Kammer
63 (62.2)	Koronarostienverschluss	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn während der Prozedur typische myokardiale Ischämiezeichen (EKG oder Echokardiographie) auftreten und eine Stenose oder der Verschluss eines Koronarostiums (nicht Embolisation in das Koronargefäß) dafür verantwortlich gemacht werden kann.
64 (62.3)	Aortendissektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls eine Dissektion der Aorta (unabhängig von der Lokalisation) neu aufgetreten ist.
65 (62.4)	Annulus-Ruptur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
66 (62.5)	Perikardtamponade	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls ein therapierelevanter (z.B. erhöhte Katecholamingabe, Perikardpunktion, Perikarddrainage) Perikarderguß/hämatom nachgewiesen werden kann. Bei einer Ventrikelperforation ist dieses Feld mit „ja“ zu beantworten.
67 (62.6)	LV-Dekompensation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn im Rahmen der Prozedur eine Links- oder Rechtsventrikuläre Dekompensation auftritt, welche mindestens eine der folgenden Maßnahmen zur Folge hat: <ul style="list-style-type: none"> Hochdosierte Gabe von Katecholaminen (vor dem Eingriff noch nicht notwendig) Kardiale Reanimation nicht prophylaktische Zuhilfenahme eines kreislaufunterstützenden Systems (HLM, IABP, ECMO, VAD o.ä.) Lungenödem
68 (62.7)	Hirnembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
69 (62.8)	Aortenregurgitation > = 2. Grades	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
70 (62.9)	Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn im Rahmen der Prozedur eine therapierelevante (medikamentös oder durch Herzschrittmacher) Rhythmusstörung neu auftritt (AV-Block II/III, persistierende ventrikuläre Arrhythmie).
71 (62.10)	Device-Embolisation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls ein Klappenimplantat komplett in die Aorta oder in die Herzkammer disloziert.
72 (62.11)	vaskuläre Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<u>In Anlehnung an die VARC-2-Kriterien sind schwere vaskuläre Komplikationen zu dokumentieren:</u> <u>„Any aortic dissection, aortic rupture, annulus rupture, left ventricle perforation, or new apical aneurysm/pseudoaneurysm</u> <u>OR</u> <u>Access site or access-related vascular injury (dissection, stenosis, perforation, rupture, arterio-venous fistula, pseudoaneurysm, hematoma, irreversible nerve injury, compartment syndrome, percutaneous closure device failure) leading to death,</u>

			<p><u>lifethreatening or major bleeding*, visceral ischemia, or neurological impairment</u> OR <u>Distal embolization (noncerebral) from a vascular source requiring surgery or resulting in amputation or irreversible end-organ damage</u> OR <u>The use of unplanned endovascular or surgical intervention associated with death, major bleeding, visceral ischemia or neurological impairment</u> OR <u>Any new ipsilateral lower extremity ischemia documented by patient symptoms, physical exam, and/or decreased or absent blood flow on lower extremity angiogram</u> OR <u>Surgery for access site-related nerve injury</u> OR <u>Permanent access site-related nerve injury"</u></p> <p><u>* „Overt bleeding either associated with a drop in the hemoglobin level of at least 3.0 g/dL or requiring transfusion of 2 or 3 units of whole blood/RBC, or causing hospitalization or permanent injury, or requiring surgery"</u></p> <p><u>Quelle: Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: The Valve Academic Research Consortium-2 consensus document, Kappetein, A. et al., The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, January 2013</u></p> <p>Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls eine vaskuläre Komplikation mindestens eine der folgenden Situationen verursacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdblutgabe in Zusammenhang mit dieser Komplikation • interventionelle Therapie (ein geplantes Verschlusssystem an der Punktionsstelle zählt nicht hierzu) • chirurgische Therapie (Gefäßeingriff, Hämatomausräumung) • Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein großes Hämatom)
Aortenklappenchirurgie, kathetergestützt			
Grund für kathetergeführte Intervention			
73	Alter	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
74	Frailty	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Frailty wird in diesem Datensatz als "Gebrechlichkeit" verstanden, die weit über die allgemeinen Alterserscheinungen hinausgeht. Mindestens 3 der folgenden 5 Symptome sollten vorhanden sein:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unfreiwilliger Gewichtsverlust (>10% in einem Jahr oder > 5% in 6 Monaten) 2. Objektive Muskelschwäche (Handkraftmessung) 3. Subjektive allgemeine Erschöpfung (mental, emotional und/oder physisch -

			Beispiele: ungewöhnliche Müdigkeit im vergangenen Monat, alle Aktivitäten in der vergangenen Woche wurden als Anstrengung empfunden) 4. Langsame Gehgeschwindigkeit (5m Gehtest > 6s) 5. Herabgesetzte körperliche Aktivität (basale und/oder instrumentelle Alltagsaktivitäten sind nicht oder nur mit Einschränkungen möglich)																								
75	Hochrisiko	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Ein Hochrisiko liegt bei einem logistischen Euroscore I größer 20 oder einem STS-Score > 10 vor.																								
76	Prognose-limitierende Zweiterkrankung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-																								
77	Patientenwunsch	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-																								
78	Porzellan-Aorta	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-																								
79	Malignom (nicht kurativ behandelt)	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-																								
80	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-																								
bei kathetergestützten Operationen an der Aortenklappe																											
81	Durchleuchtungszeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 0 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 100 Minuten	Die Durchleuchtungszeit ist in Minuten mit einer Nachkommastelle anzugeben. Falls die Durchleuchtungszeit in Minuten und Sekunden vorliegt, so ist diese umzurechnen. Falls die verwendete Erfassungssoftware diese Umrechnungsmöglichkeit nicht anbietet, so kann folgende Umrechnungstabelle verwendet werden: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sekunden (Intervall)</th> <th>Minuten (eine Nachkommastelle)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - 2</td><td>0</td></tr> <tr><td>3 - 8</td><td>0,1</td></tr> <tr><td>9 - 14</td><td>0,2</td></tr> <tr><td>15 - 20</td><td>0,3</td></tr> <tr><td>21 - 26</td><td>0,4</td></tr> <tr><td>27 - 32</td><td>0,5</td></tr> <tr><td>33 - 38</td><td>0,6</td></tr> <tr><td>39 - 44</td><td>0,7</td></tr> <tr><td>45 - 50</td><td>0,8</td></tr> <tr><td>51 - 56</td><td>0,9</td></tr> <tr><td>57 -59</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> Umrechnungsbeispiele: 1) Durchleuchtungszeit von 3 Minuten 2 Sekunden entspricht 3,0 Minuten. 2) Durchleuchtungszeit von 4 Minuten 23 Sekunden entspricht 4,4 Minuten. 3) Durchleuchtungszeit von 10 Minuten 57 Sekunden entspricht 11,0 Minuten.	Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)	1 - 2	0	3 - 8	0,1	9 - 14	0,2	15 - 20	0,3	21 - 26	0,4	27 - 32	0,5	33 - 38	0,6	39 - 44	0,7	45 - 50	0,8	51 - 56	0,9	57 -59	1
Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)																										
1 - 2	0																										
3 - 8	0,1																										
9 - 14	0,2																										
15 - 20	0,3																										
21 - 26	0,4																										
27 - 32	0,5																										
33 - 38	0,6																										
39 - 44	0,7																										
45 - 50	0,8																										
51 - 56	0,9																										
57 -59	1																										
wenn Feld 45 IN (2;3)																											
82 (82.1)	Dosis-Flächen-Produkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-																								

		Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: <= 10000 (cGy)* cm ²	
83 (82.2)	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	
bei kathetergestützten Operationen an der Aortenklappe			
84	Kontrastmittelmenge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: ml Gültige Angabe: >= 1 ml Angabe ohne Warnung: <= 500 ml	
85	Konversion	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, zu Sternotomie 2 = ja, zu transapikal 3 = ja, zu endovaskulär	
Teildatensatz Basis (B)			
Postoperativer Verlauf			
86	Mediastinitis	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Entsprechend der Definition der CDC liegt eine Mediastinitis vor, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist: 1. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus in mediastinalem Gewebe oder mediastinaler Flüssigkeit, gewonnen während einer Operation oder per Aspiration 2. Während einer Thorakotomie finden sich Hinweise auf das Vorliegen einer Mediastinitis 3. Fieber >= 38°C, Brustschmerz oder Sternuminstabilität ohne Hinweis auf andere Ursachen Und Wenigstens eines der drei folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> ○ Purulente Sekretion aus dem Mediastinum ○ Keimnachweis in der Blutkultur oder Sekret aus dem Mediastinum ○ Verbreiterung des Mediastinums im Röntgen-Thorax
87	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	Perioperativ neu aufgetretenes neurologisches Defizit durch ein zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis z. B. TIA, Schlaganfall, Blutung, Hypoxie
bei zerebrovaskulärem Ereignis			
88	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses	<input type="checkbox"/> 1 = bis einschl. 24 Stunden 2 = mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden 3 = über 72 Stunden	Wenn Datenfeld "Zerebrales/Zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung" mit ja beantwortet wurde, hier die Zeitdauer des neurologischen Ausfalls eintragen
89	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder	

		<p>mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang</p>	
90	arterielle Gefäßkomplikation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 90 = 1			
91 (91.1)	Gefäßruptur	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
92 (91.2)	Dissektion	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
93 (91.3)	Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p><u>In Anlehnung an die VARC-2-Kriterien sind schwere Blutungen zu dokumentieren:</u> „Overt bleeding either associated with a drop in the hemoglobin level of at least 3.0 g/dL or requiring transfusion of 2 or 3 units of whole blood/RBC, or causing hospitalization or permanent injury, or requiring surgery“</p> <p><u>Quelle: Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: The Valve Academic Research Consortium-2 consensus document, Kappetein, A. et al., The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, January 2013</u></p>
94 (91.4)	Hämatom	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<p>Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls ein behandlungsbedürftiges Hämatom vorliegt und z.B. eine der folgenden Situationen verursacht wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdblutgabe in Zusammenhang mit dieser Komplikation • chirurgische Therapie (Gefäßeingriff, Hämatomausräumung) • Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes
95 (91.5)	Ischämie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
Bei Ende der Behandlung			
96	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Schrittmacher 2 = ja, Defibrillator	Hier bitte eintragen, ob die Patienten Schrittmacher- oder Defibrillatorträger sind.
Entlassung / Verlegung			
97	Entlassungsdiagnose(n)	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ ... 30. □□□.□□	<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 20198 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20187 gültigen ICD-10-GM-</p>

		ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
98	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187</p>
99	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Teildatensatz Follow-up (FU)

Nachbeobachtungen / Follow-up

100	Erhebungsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
101	Status des Patienten am 30. postoperativen Tag	<input type="checkbox"/> Nach der ersten OP 0 = Patient ist verstorben 1 = Patient lebt 8 = Falldokumentation vor dem 30. Tag postoperativ abgeschlossen / Follow-up Information liegt noch nicht vor, wird nachgeschickt 9 = Situation des Patienten ist unbekannt	Op-Tag = Tag 0 Bei Patienten mit mehreren Operationen während eines stationären Aufenthaltes zählt der Zeitraum zwischen der ersten Operation und dem Erhebungszeitpunkt.
wenn Patient/in verstorben			
102	Todesdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
 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 II
 1591 = Allgemeine Chirurgie III
 1592 = Allgemeine Chirurgie IV
 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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "akute Infektion"	<p>0 = keine 1 = Mediastinitis 2 = BakteriämieSepsis 3 = broncho-pulmonale Infektion 4 = oto-laryngologische Infektion 5 = floride Endokarditis 6 = Peritonitis 7 = Wundinfektion Thorax 8 = Pleuraempym 9 = Venenkatheterinfektion 10 = Harnwegsinfektion 11 = Wundinfektion untere Extremitäten 12 = HIV-Infektion 13 = Hepatitis B oder C 18 = andere Wundinfektion 88 = sonstige Infektion</p>
Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen (HTXM)

Textdefinition

Alle Herztransplantationen und alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunsth Herzen ~~außer ECMO und IABP~~

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HTX_OPS ODER PROZ EINSIN MKU_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HTX_OPS
oder
Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle MKU_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~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2019-2020~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017'~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017-2018'~~2018' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2018-2019'~~)

Prozedur(en) der Tabelle HTX_OPS

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
5-375.30	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Ohne normotherme und pulsatile Organkonservierung
5-375.31	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Mit normothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-375.y	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.

Prozedur(en) der Tabelle MKU_OPS

OPS-Kode	Titel
5-376.20	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation

5-376.30	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreiselpumpe oder Zentrifugalpumpe), biventrikulär: Implantation
5-376.40	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
5-376.50	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
5-376.60	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
5-376.70	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
5-376.80	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
5-376.90	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	□□ <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u>

			<p>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018⁷ bis zum 10.01.2018⁷ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018⁷ bis zum 20.01.2018⁷ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018⁷, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018⁷.</p>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-

8	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
9	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
10	Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1000 = dilatative Kardiomyopathie idiopathisch 1009 = dilatative Kardiomyopathie nicht idiopathisch 1050 = restriktive Kardiomyopathie idiopathisch 1059 = restriktive Kardiomyopathie nicht idiopathisch 1200 = koronare Herzkrankheit 1201 = hypertrophe Kardiomyopathie 1202 = Herzklappenerkrankung 1203 = angeborene Herzerkrankungen 1204 = Herztumoren 1497 = andere Herzerkrankungen	-
11	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, ausschließlich diätetisch eingestellt 2 = ja, medikamentös eingestellt 3 = ja, insulinpflichtig	-
12	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Nachweis des HBs Antigens <u>bzw. positiver PCR-Test</u>
13	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Nachweis des HCV Antikörpers <u>bzw. positiver PCR-Test</u>
14	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des AB0-Systems angeben.
15	Rhesusfaktor	<input type="checkbox"/> 1 = positiv 2 = negativ	-
16	Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen am Patienten durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 16 = 1			
17 <u>(17.1)</u>	Herztransplantation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
18 <u>(17.2)</u>	Assist Device/TAH	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
19 <u>(17.3)</u>	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
20 <u>(17.4)</u>	Klappenchirurgie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
21 <u>(17.5)</u>	Korrektur angeborener Vitien	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
22 <u>(17.6)</u>	sonstige	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 16 = 1			
23 <u>(23.1)</u>	Anzahl aller Voroperationen am Herzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 0 Angabe ohne Warnung: <= 20	-

24 (23.2)	Anzahl aller Voroperationen unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 16 <= 0			
25	Datum der letzten thorakalen Voroperation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Bitte das Datum der letzten thorakalen Voroperation vor der stationären Aufnahme eintragen.
26	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine Herztransplantation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn während des aktuellen stationären Aufenthaltes mindestens eine Herztransplantation am Patienten durchgeführt wurde.
27	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn dem Patienten während des aktuellen stationären Aufenthaltes mindestens ein Herzunterstützungssystem oder Kunstherz implantiert wurde.
wenn Feld 17 = LEER und wenn Feld 26 = 0			
28	Befand sich der Patient vor oder während des stationären Aufenthaltes auf der Warteliste für eine Herztransplantation?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn sich der Patient zu einem beliebigen Zeitpunkt vor Aufnahme oder während des stationären Aufenthaltes auf einer Warteliste zur Herztransplantation befand.
Teildatensatz Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz (M)			
Herzunterstützungssystem/Kunstherz			
29	Wievielte Implantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Indikation			
30	durchgeführter Eingriff	<input type="checkbox"/> 1 = Neuimplantation 2 = Systemwechsel 3 = Ergänzung eines vorhandenen Systems 8 = sonstiges	<u>Erfolgt während eines stationären Aufenthaltes nach einer Neuimplantation ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff (z.B. Systemwechsel) ist jeweils ein weiterer Implantationsbogen auszufüllen.</u>
31	Zielstellung	<input type="checkbox"/> 1 = BTT - bridge to transplant 2 = BTR - bridge to recovery 3 = DT - destination therapy 4 = BTB - bridge to bridge	Bitte das präoperativ definierte Ziel der Implantation des Herzunterstützungssystems angeben, unabhängig davon, ob dieses erreicht wurde.
32	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie hier an, ob das Herzunterstützungssystem für einen kurzzeitigen Einsatz (≤ 7 Tage) oder längerfristigen Einsatz (> 7 Tage) geplant war.
33	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	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)

			<p>ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeiner krankung, 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>
wenn Feld 30 = 1			
34	INTERMACS Profile-Level 1 - 7	<input type="checkbox"/> 1 = kritischer kardiogener Schock 2 = zunehmende Verschlechterung trotz inotroper Medikation 3 = stabil, aber abhängig von Inotropika 4 = ambulante orale Therapie, aber häufige Ruhesymptomatik 5 = belastungsintolerant, keine Ruhesymptomatik 6 = gering belastbar, keine Ruhesymptomatik 7 = erweiterte NYHA-Klasse III Symptome	<p>Level des Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support (INTERMACS)</p> <p>Es ist der letzte präoperativ erhobene Status (Level) des Patienten anzugeben.</p>
35	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	<input type="checkbox"/> 1 = (I): Herzerkrankung ohne körperliche Limitation 2 = (II): Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit 3 = (III): Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit 4 = (IV): Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe	<p>NYHA = New York Heart Association</p> <p>Es ist der letzte präoperativ erhobene Status (Schweregrad) des Patienten anzugeben.</p> <p>I = Herzerkrankung ohne körperliche Limitation. Bei alltäglicher körperlicher Belastung keine inadäquate Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris.</p> <p>II = Herzerkrankung mit leichter Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Bei alltäglicher körperlicher Belastung Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris. Z.B. Bergaufgehen oder Treppensteigen.</p> <p>III = Herzerkrankung mit höhergradiger Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Bei geringer körperlicher Belastung Erschöpfung, Rhythmusstörungen, Luftnot oder Angina pectoris. Z.B. Gehen in der Ebene.</p> <p>IV = Herzerkrankung mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe. Immobilität.</p>
36	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert.
37	6 Minuten Gehstest: Distanz >= 500 Meter	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	<p>Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert. Sollte der 6 Minuten Gehstest aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands des Patienten nicht möglich gewesen sein, bitte mit „Neinnicht bestimmbar“ antworten. Bei mangelnden</p>

			Voraussetzungen zur Testdurchführung (Menschen, die aufgrund einer Einschränkung ihrer Gehfähigkeit dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen sind und Säuglinge) ist mit „nicht bestimmbar“ zu antworten.
38	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert. Bei mangelnden Voraussetzungen zur Testdurchführung (Säuglinge) und Ergebnisstandardisierung (Kinder) ist mit „nicht bestimmbar“ zu antworten. <u>Sollte der Test aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands des Patienten nicht möglich gewesen sein, bitte mit „nicht bestimmbar“ antworten.</u>
39	stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bitte „ja“ angeben, wenn der Patient in den letzten 12 Monaten mindestens einmal trotz Herzinsuffizienzmedikation (ACE-Hemmer, Betablocker, Diuretika, Nitrate) ⁷ aufgrund einer Linksherzdekompensation stationär aufgenommen wurde. <u>Hierbei muss der Aufenthalt nicht im leistungserbringenden Standort gewesen sein. Wird der Patient erstmalig wegen kardialer Dekompensation aufgenommen und erhält im selben Aufenthalt ein Herzunterstützungssystem, ist „nein“ anzugeben.</u>
Operation			
40	OP-Datum	<input type="text"/> 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.
41	Operation	1. <input type="text"/> 2. <input type="text"/> 3. <input type="text"/> 4. <input type="text"/> 5. <input type="text"/> 6. <input type="text"/> 7. <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <u>9. <input type="text"/></u> <u>10. <input type="text"/></u> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs</u> OPS http://www.dimdi.de	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 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
42	Typ des Pumpsystems	<input type="checkbox"/> 1 = kontinuierliches Pumpsystem 2 = pulsatile Pumpsystem	-
43	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	<input type="checkbox"/> 1 = extrakorporal 2 = parakorporal 3 = intrakorporal	-
44	Art des Unterstützungssystems	<input type="checkbox"/> 1 = LVAD 2 = RVAD 3 = BiVAD 4 = TAH <u>5 = VA-ECMO</u>	Bei Implantation eines RVAD bei präoperativ bestehender LVAD bitte RVAD angeben. BiVAD ist nur anzugeben, wenn RVAD und LVAD während des gleichen Eingriffs implantiert wurden und bereits bei Indikationsstellung geplant war ein BiVAD zu implantieren.

45	Abbruch der Implantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn die Implantation des Herzunterstützungssystems oder Kunstherzens abgebrochen wurde.
Komplikationen			
46	Sepsis	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Definition nach Intermacs: Evidence of systemic involvement by infection, manifested by positive blood cultures and/or hypotension.
47	neurologische Dysfunktion	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Definition: Patienten mit postoperativer neurologischer Komplikation/postoperativem zerebrovaskulärem Ereignis mit einer Dauer von > 24 Stunden und funktionell relevantem neurologischen Defizit bei Entlassung (Rankin \geq 2). Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits (Schweregrad der Behinderung) nach einem Schlaganfall.
48	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, <u>technische Fehlfunktion</u> 2 = ja, <u>sekundäre Fehlfunktion</u>	<u>Technische Fehlfunktionen betreffen pumpenassoziierte Probleme, wie z.B. Stromversorgung, Batterien, Kontrolleinheit, o.ä.</u> <u>Unter einer sekundären Fehlfunktion werden Ereignisse wie zum Beispiel eine Pumpenthrombose oder Ansaugphänomene verstanden.</u> Definition nach Intermacs: 1) <u>Pump failure (blood contacting components of pump and any motor or other pump actuating mechanism that is housed with the blood contacting components). In the special situation of pump thrombosis, thrombus is documented to be present within the device or its conduits that result in or could potentially induce circulatory failure.</u> 2) <u>Non pump failure (e.g., external pneumatic drive unit, electric power supply unit, batteries, controller, interconnect cable, compliance chamber)</u>
wenn Feld 44 = 1			
49	Rechtsherzversagen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bei akutem Rechtsherzversagen mit Schock 1=ja eintragen.
Teildatensatz Transplantation (T)			
Transplantation			
50	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: \geq 1 Angabe ohne Warnung: \leq 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Empfängerdaten			
51	PRA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Panel Reactive Antibodies Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Anzahl positiv getesteter / Anzahl aller getesteten Panels in Prozent
Risikoprofil			
52	Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 = High urgency 2 = elektiv	Hier bitte die Dringlichkeit entsprechend dem ET-Status angeben.
53	CAS (Cardiac Allocation Score)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 0 - 100 Angabe ohne Warnung: \geq 1	Dieses Feld ist im Falle einer Herztransplantation auszufüllen. Hier bitte

			den zuletzt übermittelten CAS zum Zeitpunkt der Transplantation dokumentieren.
54	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = LVAD 2 = BVAD 3 = TAH 4 = ECMO 5 = IABP	Bezogen auf den Zeitpunkt der Transplantation Wenn VAD oder TAH vorliegt, wird eine zusätzliche IABP nicht relevant
wenn Feld 54 <> 0			
55	Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
56	Lungengefäßwiderstand Wert	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: dyn*s*cm-5 Gültige Angabe: >= 0 dyn*s*cm-5	In dyn x s x cm-5 angegeben wird der zuletzt vor der Transplantation bestimmte Wert.
57	Beatmung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Beatmungspflichtigkeit zum Zeitpunkt der Transplantation.
58 (58.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> präoperativ Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Transplantation, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
59 (58.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> präoperativ Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Transplantation, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
Immunsuppression initial			
60	Induktionstherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ATG 2 = OKT3 3 = IL2-Rezeptor-Antagonist 9 = Andere	-
61	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
62	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
63	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
64	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
65	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
66	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
67	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
Spenderdaten			

68	Spender ID	<input type="text"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
69	Spenderalter	<input type="text"/> Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 79 Angabe ohne Warnung: <= 70	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
70	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
71	Körpergröße	<input type="text"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
72	Körpergewicht	<input type="text"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
Befunde Spender			
73	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des ABO-Systems angeben.
74	Rhesusfaktor	<input type="checkbox"/> 1 = positiv 2 = negativ	-
75	Todesursache	<input type="text"/> Spender siehe Schlüssel 2	-
76	Vasopressortherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
77	CK-Wert	<input type="text"/> Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l Angabe ohne Warnung: <= 2000 U/l	-
78	CK-MB-Wert	<input type="text"/> Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l Angabe ohne Warnung: <= 500 U/l	-
79	Herzstillstand	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
80	hypotensive Periode	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
81	Koronarangiographie erfolgt	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
82	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	<input type="checkbox"/> 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
83	Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 83 = 1			
84	Kategorie des Spenderorgans	<input type="checkbox"/>	-

		1 = a 2 = b 3 = c 9 = nicht kategorisiert	
85	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
86	Datum der Organentnahme	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
87	Hämatokrit (Hk)	□□□ Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Der Wert ist aus dem Spenderprotokoll zu entnehmen.
Operation			
88	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.
89	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
90	Abbruch der Transplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
91	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation	<input type="checkbox"/> 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
92	kalte Ischämiezeit	□□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 30 - 720 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 600 Minuten	Die "kalte Ischämiezeit" ist definiert als Zeitspanne zwischen der Perfusion des Spenderorgans mit einer hypothermen Lösung nach intraoperativer Trennung von der Blutzufuhr und dem Stopp der Organkühlung bei der Implantation.
Postoperativer Verlauf			
93	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
94	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht

			verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
95	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
96	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
97	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
98	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
99	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
100	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 0	Als Behandlung gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Cortisonstoß • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie
101	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-

Teildatensatz Basis (B)**Entlassung**

102	Empfänger ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>

103	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187</p>
104	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> ... 30. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	<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 20198 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20187 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20187 aufgenommen worden ist.</p>
105	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Patient verstorben			
106	Todesursache(n) akut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Graft Failure (primäres Transplantatversagen) 2 = Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems 3 = Thromboembolie 4 = Rechtsherzversagen 5 = Lungenversagen 6 = Infektion 7 = Rejektion 8 = Blutung 9 = Multiorganversagen 10 = Andere	-
wenn Feld 105 <> '07'			
107	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Todesursache"	<p>216 = T_CAPI: Trauma: Schädel 217 = T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar 218 = CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar 219 = CIRC: Kreislauf, nicht anderweitig klassifizierbar 220 = RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar 221 = BRAIN: Hirntumor, nicht anderweitig klassifizierbar 222 = ANENC: Anecephalus 223 = NAO: Nicht traumatische Todesursache, anderweitig nicht klassifizierbar 224 = S_HEAD: Suizid: Schädel-Hirn-Verletzung 225 = S_DRUG: Suizid: Medikamente / Drogen 226 = OTH: Suizid: Anderweitig nicht klassifizierbar 228 = MAL: Bösartige Erkrankungen 229 = CBL: Intrazerebrale Blutung 230 = CID: Ischämischer Insult 231 = BRA12: Hirntumor, Astrozytom Grad 1 oder 2 232 = BRA3: Hirntumor, Astrozytom Grad 3 233 = BRAM: Hirntumor, bösartig 234 = SAB: Subarachnoidalblutung 235 = SDH: Subdurales Hämatom 236 = EDH: Epidurales Hämatom 237 = RSA: Atmung: Status Asthmaticus 238 = REP: Atmung: Epiglottitis / Laryngitis 239 = CIAM: Kreislauf: Akuter Myokardinfarkt 240 = CIRM: Kreislauf: Akuter Myokardinfarkt, Rezidiv 241 = CICA: Kreislauf: Herzstillstand 242 = BRBE: Hirntumor, gutartig 243 = CSE: Status Epilepticus 244 = CMB: Meningitis: Bakteriell 245 = CMV: Meningitis: Viral 246 = CMU: Meningitis: Nicht anderweitig klassifizierbar 247 = TLA: Trauma: Reiseunfall zu Lande</p>

	<p>248 = TWA: Trauma: Reiseunfall zu Wasser 249 = TFA: Trauma: Sturz 250 = TDR: Trauma: Ertrinken 251 = TSU: Trauma: Erstickten 252 = TGS: Trauma: Exposition gegenüber Gasen / Rauch / Dampf 253 = TME: Trauma: Mechanisch 254 = SRE: Suizid : Atemwege 255 = SJU: Suizid : Sturz 256 = MME: Medizinische Komplikation : Medikamente 257 = MSU: Medizinische Komplikation : chirurgische / medizinische Behandlung 258 = MDI: Medizinische Komplikation : Diagnostische Intervention</p>
<p>Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"</p>	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Herztransplantation (HTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Follow-up (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Empfänger ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS

neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Datum der letzten Transplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Datum der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
10	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information über Angehörigen/Betreuer des Patienten 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer des Patienten	-
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (1, 2, 3) Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
12	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja, Anzahl bekannt 2 = ja, Anzahl unbekannt 9 = unbekannt	Als Behandlung gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Cortisonstoß • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie
wenn Anzahl bekannt			
13	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Als Behandlung gilt: <ul style="list-style-type: none"> • Cortisonstoß

			<ul style="list-style-type: none"> • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie
Überlebensstatus des Empfängers			
14	Patient verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Patient verstorben			
15	Todesdatum	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
16	Todesursache(n) im Verlauf	1. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	-
Gegenwärtige Immunsuppression			
wenn Feld 10 IN (1;2;3;4;5) und wenn Feld 14 IN (0;9)			
17	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
18	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
19	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
20	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
21	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
22	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Sirolimus, Everolimus
23	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Todesursache"	<p>701 = 1: Cause of death: uncertain - not determined 711 = 11: Myocardial ischemia / infarction 712 = 12: Hyperkalemia 713 = 13: Hemorrhagic pericarditis 714 = 14: Causes of cardiac failure / other 715 = 15: Cardiac arrest - Sudden death 716 = 16: Hypertensive cardiac failure 717 = 17: Hypokalemia 718 = 18: Fluid overload 721 = 21: Pulmonary embolus 722 = 22: Cerebrovascular Accident (AVC) 723 = 23: Gastrointestinal hemorrhage 724 = 24: Hemorrhage from graft site 725 = 25: Hemorrhage from vascular access or dialysis circuit 726 = 26: Hemorrhage from ruptured vascular aneurysm (AAA / etc) 727 = 27: Hemorrhage from surgery 728 = 28: Hemorrhage / other / specify 729 = 29: Mesenteric infarction 730 = 30: Infection 731 = 31: Pulmonary infection (bacterial) 732 = 32: Pulmonary infection (viral) 733 = 33: Pulmonary infection (fungal or protozoal) 734 = 34: Infections elsewhere (except viral hepatitis) 735 = 35: Septicemia / MOF 736 = 36: Tuberculosis (lung) 737 = 37: Tuberculosis (not lung) 738 = 38: Viral infection / generalized 739 = 39: Peritonitis 741 = 41: Liver disease due to hepatitis B virus 742 = 42: Liver disease due to other viral hepatitis 743 = 43: Liver disease due to drug toxicity 744 = 44: Cirrhosis - not viral 745 = 45: Cystic liver disease 746 = 46: Liver failure / cause unknown 751 = 51: Patient refused further dialysis treatment 752 = 52: Suicide</p>

753 = 53: Dialysis ceased for any other reason
761 = 61: Renal failure
762 = 62: Pancreatitis
763 = 63: Bone marrow depression
764 = 64: Cachexia
766 = 66: Malignant disease - lymphoproliferative disorder / Specify
767 = 67: Malignant disease - other / specify
769 = 69: Dementia
770 = 70: Sclerosing peritoneal disease
771 = 71: Perforation of peptic ulcer
772 = 72: Perforation of colon
780 = 80: Accident / All causes / specify
781 = 81: Accident related to dialysis treatment
782 = 82: Accident unrelated to dialysis treatment
790 = 90: Gastrointestinal / other / specify
799 = 99: Other / specify
801 = 101: Failure of transplant
802 = 102: Surgical complications
803 = 103: Pulmonary embolus
804 = 104: Malignant disease - lymphoproliferative disorder
805 = 105: Malignant disease - other
806 = 106: Infection
807 = 107: Cerebrovascular accident (CVA)
808 = 108: Hemorrhage / other
809 = 109: Other

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Leberlebendspende (LLS)

Textdefinition

Alle Leberlebendspenden

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN LLS_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle LLS_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~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Prozedur(en) der Tabelle LLS_OPS

OPS-Kode	Titel
5-503.3	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organspende
5-503.4	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organspende
5-503.5	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organspende
5-503.6	Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organspende

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Leberlebendspende (LLS)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u> Achtung: <u>Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u>

3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Spender ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
<u>neu</u>	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
7	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
9	Körpergröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
10	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung:	-

		<= 230 kg	
Operation			
11	OP-Datum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> 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.
12	Operation	1. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 2. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 4. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 5. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 6. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 7. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 8. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 9. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> 10. <input type="text"/> - <input type="text"/> . <input type="text"/> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
Resezierte Lebersegmente			
13 (13.1)	Segment I	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
14 (13.2)	Segment II	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
15 (13.3)	Segment III	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
16 (13.4)	Segment IV	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
17 (13.5)	Segment V	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
18 (13.6)	Segment VI	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
19 (13.7)	Segment VII	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20 (13.8)	Segment VIII	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
21	Gewicht entnommene Leber	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: g Gültige Angabe: >= 1 g	-
Verlauf			
22	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (<u>weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung</u>)	Clavien-Dindo-Klassifikation: Grad I = Jede Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf ohne Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung oder chirurgischer, radiologischer, endoskopischer Intervention. Erlaubte Behandlungsoptionen: Medikamente wie:

		<p>3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)</p>	<p>Antipyretika, Analgetika, Diuretika, Elektrolyte; Physiotherapie; in diese Gruppe fallen ebenfalls Wundinfektionen, die am Patientenbett eröffnet werden.</p> <p>Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten.</p> <p>Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose</p> <p>Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen</p> <p>Grad V = Tod des Patienten</p> <p><u>Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf.</u> <u>Die detaillierte Klassifikation wurde von Dindo et. al 2004 in Annals of Surgery publiziert:</u> <u>Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Annals of Surgery. 2004;240(2):205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.</u></p>
wenn Feld 22 IN (1;2;3;4;5)			
23 (23.1)	Blutung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
24 (23.2)	Gallenwegskomplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
25 (23.3)	sekundäre Wundheilung	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
26 (23.4)	Ileus	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
27 (23.5)	akutes Leberversagen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
28 (23.6)	Thrombose	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
29 (23.7)	Lungenembolie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
30 (23.8)	Pneumonie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	<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> <ul style="list-style-type: none"> - Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. - Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. - Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
31 (23.9)	sonstige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
32	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 32 = 1			
33	Dominotransplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu dokumentieren, wenn der Spender geplant im Rahmen einer Dominotransplantation lebertransplantiert wurde
Entlassung			
34	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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
35	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ ... <u>30.□□□.□□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 201 9 ⁸ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
36	Entlassungsgrund	<input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3390 = Strahlenheilkunde 3391 = Strahlenheilkunde 3392 = Strahlenheilkunde 3400 = Dermatologie 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 3490 = Dermatologie 3491 = Dermatologie 3492 = Dermatologie 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie 3600 = Intensivmedizin 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Leberlebendspende (LLSFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1	-

		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	
5	Spender ID	<input type="text"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Datum der Leberlebendspende	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Datum der Follow-up-Erhebung	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
10	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information durch Angehörigen/Betreuer/Empfänger 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Empfänger	-
11	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	<input type="text"/> Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
12	Spender verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	Ausprägung 9: unbekannt oder Follow-up-Untersuchung seitens des Patienten nicht erfolgt
wenn Feld 12 = 1			
13	Todesdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn Feld 12 = 0			

14 (14.1)	Bilirubin i. S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: <= 50 mg/dl	Bitte aktuellen Bilirubinwert in mg/dl eintragen, sofern die Bestimmung des Bilirubinwertes in dieser Einheit erfolgt.
15 (14.2)	Bilirubin i. S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0,1 µmol/l Angabe ohne Warnung: <= 855 µmol/l	Bitte aktuellen Bilirubinwert in µmol/l eintragen, sofern die Bestimmung des Bilirubinwertes in dieser Einheit erfolgt.
16 (14.3)	Bilirubin i. S. unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 12 = 0			
17 (17.1)	Gamma-GT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l	-
18 (17.2)	Gamma-GT unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 12 = 0			
19	eingriffsspezifische operative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Zu dokumentieren sind behandlungsbedürftige Komplikationen.
neu	<u>Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen) 2 = Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKS, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 5 = Grad V (Tod)	<p><u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</u></p> <p><u>Grad I = Jede Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf ohne Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung oder chirurgischer, radiologischer, endoskopischer Intervention. Erlaubte Behandlungsoptionen: Medikamente wie: Antipyretika, Analgetika, Diuretika, Elektrolyte; Physiotherapie; in diese Gruppe fallen ebenfalls Wundinfektionen, die am Patientenbett eröffnet werden.</u></p> <p><u>Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten.</u></p> <p><u>Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention:</u> a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose</p> <p><u>Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht</u> a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen</p> <p><u>Grad V = Tod des Patienten</u></p> <p><u>Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf.</u> <u>Die detaillierte Klassifikation wurde von Dindo et. al 2004 in Annals of Surgery publiziert: Dindo D, Demartines N, Clavien P-A. Classification of Surgical Complications: A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. Annals of Surgery. 2004;240(2):205-213. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.</u></p>
wenn Feld 19 = 1			

20 (20.1)	Gallenwegskomplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
21 (20.2)	Narbenhernie	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn ein entsprechender Befund vorliegt, bzw. eine operative Versorgung im Follow-up-Zeitraum erfolgt ist.
22 (20.3)	leberbezogene Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
23 (20.4)	intraabdominale Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
24 (20.5)	sonstige eingriffsspezifische Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
25	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte "ja" angeben, wenn der Lebendspender im Follow-up-Zeitraum transplantiert wurde. Eine Transplantation während des stationären Aufenthalts zur Lebendspende oder Domino-Transplantation ist hier nicht erneut zu dokumentieren.
wenn Feld 25 = 1			
26	Datum der letzten Transplantation	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung II
3791 = Sonstige Fachabteilung III
3792 = Sonstige Fachabteilung IV

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Lebertransplantation (LTX)

Textdefinition

Alle Lebertransplantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN LTX_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle LTX_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~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2019~~ 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2018~~2019')

Prozedur(en) der Tabelle LTX_OPS

OPS-Kode	Titel
5-504.0	Lebertransplantation: Komplett (gesamtes Organ)
5-504.1	Lebertransplantation: Partiiell (Split-Leber)
5-504.2	Lebertransplantation: Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)
5-504.3	Lebertransplantation: Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
5-504.4	Lebertransplantation: Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthaltes
5-504.5	Lebertransplantation: Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
5-504.x	Lebertransplantation: Sonstige
5-504.y	Lebertransplantation: N.n.bez.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Lebertransplantation (LTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
<u>neu</u>	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	□□ <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der</u>

			<p><u>„behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<p>□□ Gültige Angabe: >= 1</p>	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Aufnahmedatum 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
5	Fachabteilung	<p>□□□□ siehe Schlüssel 1</p> <p>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p>	-
6	Empfänger ID	<p>□□□□□□□□ ET-Nummer</p>	ET - Nummer aus ENIS

		Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≥ 10000	
neu	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.
7	Geburtsdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
9	Körpergröße	<input type="text"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: ≥ 0 cm Angabe ohne Warnung: ≤ 230 cm	-
10	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="text"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: ≥ 0 kg Angabe ohne Warnung: ≤ 230 kg	-
Teildatensatz Transplantation (T)			
Transplantation			
11	Wieviele Transplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
12	Zentrumsangebot	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Dieses Datenfeld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn für die Transplantation ein Zentrumsangebot von Eurotransplant angenommen und transplantiert wurde.
Empfängerdaten			
13	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	<input type="checkbox"/> 1 = HU (High Urgency) 2 = ACO (Approved Combined Organ) 3 = T (Transplantable)	-
14 (14.1)	Bilirubin i. S. in mg/dl	<input type="text"/> Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: $\geq 0,1$ mg/dl Angabe ohne Warnung: ≤ 50 mg/dl	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation dokumentieren, wenn die Angabe des Serum-Bilirubins in mg/dl erfolgt ist.
15 (14.2)	Bilirubin i. S. in $\mu\text{mol/l}$	<input type="text"/> Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: $\mu\text{mol/l}$ Gültige Angabe: $\geq 0,1$ $\mu\text{mol/l}$ Angabe ohne Warnung: ≤ 855 $\mu\text{mol/l}$	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation dokumentieren, wenn die Angabe des Serum-Bilirubins in $\mu\text{mol/l}$ erfolgt ist.
16 (16.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="text"/>	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation in

		Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	mg/dl eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
17 (16.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation in µmol/l eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
18	INR (International Normalized Ratio)	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Gültige Angabe: >= 0 Angabe ohne Warnung: >= 0,5	Angabe der International Normalized Ratio Es soll jeweils der Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation angegeben werden.
19	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren	<input type="checkbox"/> mindestens zweimal innerhalb der letzten 7 Tage präoperativ 0 = nein 1 = ja	Wenn bei dem Patienten mindestens zweimal innerhalb der letzten sieben Tage vor der Transplantation ein Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren durchgeführt werden musste, ist dieses Feld mit „ja“ zu beantworten.
20	exceptional MELD zugewiesen	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 20 = 1			
21	exceptional MELD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-
wenn Feld 20 = 1			
22	Begründung für exceptional MELD	<input type="checkbox"/> 0 = non-standard-exception 1 = standard-exception	-
wenn Feld 22 = 1			
23	standard exception	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 2	-
Spenderdaten			
24	Spendertyp	<input type="checkbox"/> 1 = hirntot 2 = Domino 3 = lebend	-
25	Spenderalter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 0 - 200 Angabe ohne Warnung: <= 130	-
Operation			
26	Indikation zur Lebertransplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 3	Präoperative Indikation laut Schlüssel "Diagnosen nach ELTR". Bitte tragen Sie hier die Indikation ein, die Sie an Eurotransplant gemeldet haben. Wenn die Indikation zur Lebertransplantation ein Transplantatversagen ist (Primary Nonfunction), dann soll hier die Antwortoption L = "Primary Nonfunction" angegeben werden.
27	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

28	Operation	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"/> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
29	Abbruch der Transplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
30	Spenderorgan	<input type="checkbox"/> 1 = full size 2 = reduced size left lateral 3 = reduced size left 4 = reduced size right 5 = reduced size extended right 6 = true split 7 = left lateral split 8 = extended right split	-
31	kalte Ischämiezeit (Stunden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden	Bitte die Zeitspanne zwischen Beginn der Perfusion mit hypothermer Lösung nach intraoperativer Trennung der Blutzufuhr des Spenders und dem Stopp der Organkühlung bei Implantation angeben.
32	kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 60 Minuten	Bitte die Zeitspanne zwischen Beginn der Perfusion mit hypothermer Lösung nach intraoperativer Trennung der Blutzufuhr des Spenders und dem Stopp der Organkühlung bei Implantation angeben.
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung Empfänger			
33	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
34	Entlassungsdiagnose(n)	1. <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"/> 3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in

		4. □□□. □□ 5. □□□. □□ 6. □□□. □□ 7. □□□. □□ 8. □□□. □□ ... <u>30. □□□. □□</u> ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 2019 ⁸ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 ⁷ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 ⁷ aufgenommen worden ist.
35	Entlassungsdiagnose nach ELTR	□□□ siehe Schlüssel 3	-
36	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 4 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 36 = '07'			
37	Todesursache	□□□ siehe Schlüssel 5	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
 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 II
 1591 = Allgemeine Chirurgie III
 1592 = Allgemeine Chirurgie IV
 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 I
 3750 = Angiologie
 3751 = Radiologie
 3752 = Palliativmedizin
 3753 = Schmerztherapie
 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
 3756 = Suchtmedizin
 3757 = Visceralchirurgie
 3790 = Sonstige Fachabteilung II
 3791 = Sonstige Fachabteilung III
 3792 = Sonstige Fachabteilung IV

Schlüssel 2 "standard exception"	1 = Hepatozelluläres Karzinom (HCC) 2 = Nichtmetastasierendes Hepatoblastom 3 = Adulte polyzystische Degeneration der Leber (APDL) 4 = Primäre Hyperoxalurie Typ 1 (PH 1) 5 = Persistierende Dysfunktion (auch "small for size" Leber) mit Indikation zur Replantation 6 = Zystische Fibrose (Mukoviszidose) 7 = Familiäre Amyloidotische Polyneuropathie (FAP) 8 = Hepatopulmonales Syndrom 9 = Portopulmonale Hypertension 10 = Harnstoffzyklusdefekte 11 = Morbus Osler 12 = Hepatisches Hämangioendotheliom 13 = Biliäre Sepsis 14 = Primär sclerosierende Cholangitis (PSC) 15 = Cholangiokarzinom
Schlüssel 3 "Diagnosen nach ELTR"	A1 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Virus A A10 = Acute hepatic failure-Post operative A11 = Acute hepatic failure-Post traumatic A12 = Acute hepatic failure-Others A13 = Subacute hepatitis-Virus A A14 = Subacute hepatitis-Virus B A15 = Subacute hepatitis-Virus C A16 = Subacute hepatitis-Virus D A17 = Subacute hepatitis-Other known A18 = Subacute hepatitis-Other unknown A19 = Subacute hepatitis-Paracetamol A2 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Virus B A20 = Subacute hepatitis-Other drug related A21 = Subacute hepatitis-Toxic (non drug) A3 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Virus C A4 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Virus D A5 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Other known A6 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Other unknown A7 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Paracetamol A8 = Acute hepatic failure-Fulm or Subfulm hep-Other drug related A9 = Acute hepatic failure-Fulminant or Subfulm hepatitis-Toxic (non drug) B1 = Cholestatic disease-Secondary biliary cirrhosis B2 = Cholestatic disease-Primary biliary cirrhosis B3 = Cholestatic disease-Primary sclerosing cholangitis B4 = Cholestatic disease-Others C1 = Congenital biliary disease-Caroli disease C2 = Congenital biliary disease-Extrahepatic biliary atresia C4 = Congenital biliary disease-Congenital biliary fibrosis C5 = Congenital biliary disease-Choledochal cyst C6 = Congenital biliary disease-Alagille syndrome C7 = Congenital biliary disease-Others D1 = Cirrhosis-Alcoholic cirrhosis D10 = Cirrhosis-Other cirrhosis D11 = Cirrhosis-Cryptogenic (unknown) cirrhosis D2 = Cirrhosis-Autoimmune Cirrhosis D3 = Cirrhosis-Virus B related cirrhosis D4 = Cirrhosis-Virus C related cirrhosis D5 = Cirrhosis-Virus BD related cirrhosis D6 = Cirrhosis-Virus BC related cirrhosis D7 = Cirrhosis-Virus BCD related cirrhosis D8 = Cirrhosis-Virus related cirrhosis - Other viruses D9 = Cirrhosis-Post hepatitic cirrhosis - Drug related E1 = Cancers-Hepatocellular carcinoma and cirrhosis E10 = Cancers-Secondary liver tumors - Other neuroendocrine E11 = Cancers-Secondary liver tumors - Colorectal E12 = Cancers-Secondary liver tumors - GI non colorectal E13 = Cancers-Secondary liver tumors - Non gastrointestinal E14 = Cancers-Other liver malignancies E2 = Cancers-Hepatocellular carcinoma and non cirrhotic liver E3 = Cancers-Hepatocellular carcinoma - Fibrolamellar E4 = Cancers-Biliary tract carcinoma (Klatskin) E5 = Cancers-Hepatic cholangiocellular carcinoma E6 = Cancers-Hepatoblastoma E7 = Cancers-Epithelioid hemangioendothelioma E8 = Cancers-Angiosarcoma E9 = Cancers-Secondary liver tumors - Carcinoid

	<p>F1 = Metabolic diseases-Wilson disease F10 = Metabolic diseases-Other porphyria F11 = Metabolic diseases-Crigler-Najjar F12 = Metabolic diseases-Cystic fibrosis F13 = Metabolic diseases-Byler disease F14 = Metabolic diseases-Others F2 = Metabolic diseases-Hemochromatosis F3 = Metabolic dis-Alpha-1 - Antitrypsin deficiency F4 = Metabolic diseases-Glycogen storage disease F5 = Metabolic dis-Homozygous Hypercholesterolemia F6 = Metabolic diseases-Tyrosinemia F7 = Metabolic diseases-Familial amyloidotic polyneuropathy F8 = Metabolic diseases-Primary hyperoxaluria F9 = Metabolic diseases-Protoporphyrin G = Budd Chiari H1 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Hepatic adenoma H2 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Adenomatosis H3 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Hemangioma H4 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Focal nodular hyperplasia H5 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Polycystic disease H6 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Nodular regenerative hyperplasia H7 = Benign liver tumors or Polycystic dis-Other benign tumors I1 = Parasitic disease-Schistosomia (Bilharzia) I2 = Parasitic disease-Alveolar echinococcosis I3 = Parasitic disease-Cystic hydatidosis I4 = Parasitic disease-Others J = Other liver diseases K = Not available L = Primary Nonfunction</p>
Schlüssel 4 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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>
Schlüssel 5 "Todesursache"	<p>A1 = Intraoperative death (death on table) B1 = Infection-Bacterial infection B2 = Infection-Viral infection B3 = Infection-HIV B4 = Infection-Fungal infection B5 = Infection-Parasitic infection B6 = Infection-Other known infect C1 = Liver complications-Acute rejection C10 = Liv complic-Recurrence of original dis=Virus C C11 = Liv complic-Recurrence of original dis=Virus D C12 = Liv complic-Recurrence of original dis=Alcoholic C13 = Liv complic-Recurrence of original dis=PBC C14 = Liv complic-Recurrence of original dis=PSC C15 = Liv complic-Recurrence of original dis=Autoimmune C16 = Liv complic-Recurrence of original dis=Budd Chiari C17 = Liv complic-Recur of orig dis=Other non tumoral C18 = Liver complic-De novo hepatitis B virus C19 = Liver complications-De novo hepatitis C virus C2 = Liver complications-Chronic rejection C20 = Liver complications-De novo hepatitis D virus C21 = Liver complic-Massive hemorrhagic necrosis C22 = Liver complications-Other viral hepatitis</p>

<p> C23 = Liver complications-Infection C24 = Liver complications-Other C3 = Liver complications-Arterial thrombosis C4 = Liver complic-Hepatic vein thrombosis C5 = Liver complic-Primary N-function (Retx or death <= 7d) C6 = Liv complic-Primary dysfunction (Retx or death > 7d) C7 = Liver complic-Anastomotic biliary complic C8 = Liver complic-Non anastomotic biliary complic C9 = Liver complic-Recurrence of original dis=Virus B D1 = Gastrointestinal complications-GI haemorrhage D2 = Gastrointestinal complications-Pancreatitis D3 = Gastrointestinal complic-Visceral perforation D4 = Gastrointestinal complications-Other E1 = Cardiovascular complications-Myocardial infarction E2 = Cardiovascular complications-Other cause F1 = Cerebrovascular complications-Intracranial haemorrhage F2 = Cerebrovascular complications-Ischemic stroke F3 = Cerebrovascular complications-Cerebral oedema F4 = Cerebrovascular complications-Cerebral infection G1 = Tumor-Recurrence of original tumor G2 = Tumor-Recurrence of previously unrelated tumor G3 = Tumor-De novo solid organ tumor G4 = Tumor-Donor transmitted tumor G5 = Tumor-Lympho proliferation disease H1 = Kidney failure H2 = Urinary tract infection I1 = Pulmonary complications-Embolism I2 = Pulmonary complications-Infection J1 = Social complic-Non compliance immunosup therapy J2 = Social complications-Suicide J3 = Social complications-Trauma (Motor, Vehicle,...) K1 = Bone marrow depression L1 = Other cause M1 = Not available </p>

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Lebertransplantation (LTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Empfänger ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ET-Nummer	ET - Nummer aus ENIS

		Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
10	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information durch Angehörigen/Betreuer/Spender 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Spender	-
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	<input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
Überlebensstatus des Empfängers			
12	Patient verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	Ausprägung 9: unbekannt oder Follow-up-Untersuchung seitens des Patienten nicht erfolgt
wenn Feld 12 = 1			
13	Todesdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
14	Todesursache	siehe Schlüssel 2	Todesursache laut Schlüssel „Todesursache“
wenn Feld 12 = 0			
15	HCC vor Transplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Geben Sie hier an, ob der Patient vor der Lebertransplantation ein HCC hatte.</u>

wenn Feld 15 = 1		
16	HCC-Rezidiv	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt

Geben Sie hier an, ob bei dem Patienten im Follow-up Zeitraum ein HCC Rezidiv aufgetreten ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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)

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Todesursache"	<p>A1 = Intraoperative death (death on table) B1 = Infection-Bacterial infection B2 = Infection-Viral infection B3 = Infection-HIV B4 = Infection-Fungal infection B5 = Infection-Parasitic infection B6 = Infection-Other known infect C1 = Liver complications-Acute rejection C10 = Liv complic-Recurrence of original dis=Virus C C11 = Liv complic-Recurrence of original dis=Virus D C12 = Liv complic-Recurrence of original dis=Alcoholic C13 = Liv complic-Recurrence of original dis=PBC C14 = Liv complic-Recurrence of original dis=PSC C15 = Liv complic-Recurrence of original dis=Autoimmune C16 = Liv complic-Recurrence of original dis=Budd Chiari C17 = Liv complic-Recur of orig dis=Other non tumoral C18 = Liver complic-De novo hepatitis B virus C19 = Liver complications-De novo hepatitis C virus</p>

<p> C2 = Liver complications-Chronic rejection C20 = Liver complications-De novo hepatitis D virus C21 = Liver complic-Massive hemorrhagic necrosis C22 = Liver complications-Other viral hepatitis C23 = Liver complications-Infection C24 = Liver complications-Other C3 = Liver complications-Arterial thrombosis C4 = Liver complic-Hepatic vein thrombosis C5 = Liver complic-Primary N-function (Retx or death <= 7d) C6 = Liv complic-Primary dysfunction (Retx or death > 7d) C7 = Liver complic-Anastomotic biliary complic C8 = Liver complic-Non anastomotic biliary complic C9 = Liver complic-Recurrence of original dis=Virus B D1 = Gastrointestinal complications-GI haemorrhage D2 = Gastrointestinal complications-Pancreatitis D3 = Gastrointestinal complic-Visceral perforation D4 = Gastrointestinal complications-Other E1 = Cardiovascular complications-Myocardial infarction E2 = Cardiovascular complications-Other cause F1 = Cerebrovascular complications-Intracranial haemorrhage F2 = Cerebrovascular complications-Ischemic stroke F3 = Cerebrovascular complications-Cerebral oedema F4 = Cerebrovascular complications-Cerebral infection G1 = Tumor-Recurrence of original tumor G2 = Tumor-Recurrence of previously unrelated tumor G3 = Tumor-De novo solid organ tumor G4 = Tumor-Donor transmitted tumor G5 = Tumor-Lympho proliferation disease H1 = Kidney failure H2 = Urinary tract infection I1 = Pulmonary complications-Embolism I2 = Pulmonary complications-Infection J1 = Social complic-Non compliance immunosup therapy J2 = Social complications-Suicide J3 = Social complications-Trauma (Motor, Vehicle,..) K1 = Bone marrow depression L1 = Other cause M1 = Not available </p>
--

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Textdefinition

Alle Lungentransplantationen oder Herz-Lungen-Transplantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN LUTX_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle LUTX_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 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2019 2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2017' UND AUFNDATUM <= '31.12.2017' 2018' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2018' 2019')

Prozedur(en) der Tabelle LUTX_OPS

OPS-Kode	Titel
5-335.22	Lungentransplantation: Transplantation: Komplett (gesamtes Organ), ohne normotherme Organkonservierung
5-335.23	Lungentransplantation: Transplantation: Komplett (gesamtes Organ), mit normothermer Organkonservierung
5-335.24	Lungentransplantation: Transplantation: Partiiell (Lungenlappen), ohne normotherme Organkonservierung
5-335.25	Lungentransplantation: Transplantation: Partiiell (Lungenlappen), mit normothermer Organkonservierung
5-335.32	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Komplett (gesamtes Organ), ohne normotherme Organkonservierung
5-335.33	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Komplett (gesamtes Organ), mit normothermer Organkonservierung
5-335.34	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Partiiell (Lungenlappen), ohne normotherme Organkonservierung
5-335.35	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Partiiell (Lungenlappen), mit normothermer Organkonservierung
5-375.2	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
5-375.4	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	behandelnder Standort (OPS)	□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als <u>Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u></u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der</u>

			<p><u>„behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u></p> <p><u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018⁷ bis zum 10.01.2018⁷</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018⁷ bis zum 20.01.2018⁷</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018⁷, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018⁷.</p>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Empfänger ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS

neu	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.
7	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
9	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
10	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
11	Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> 1 = obstruktive Lungenerkrankungen 2 = restriktive Lungenerkrankungen 3 = pulmonale Hypertension 4 = zystische Fibrose 9 = andere	-
12	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	-
Teildatensatz Transplantation (T)			
Transplantation			
13	Wieviele Transplantation 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 einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Empfängerdaten			
Risikoprofil			
wenn Feld 36 = 3			
14	Dringlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 = High Urgency 2 = elektiv	Hier bitte die Dringlichkeit entsprechend dem ET-Status angeben.
wenn Feld 36 IN (1;2)			
15	LAS (Lung Allocation Score)	□□□ nur bei uni- oder bilateraler Lungentransplantation auszufüllen Gültige Angabe: 1 - 100 Angabe ohne Warnung: >= 30	Dieses Feld ist nur im Falle einer uni- oder bilateralen Lungentransplantation auszufüllen. Hier bitte den zuletzt übermittelten LAS zum Zeitpunkt der Transplantation dokumentieren.
16	thorakale Voroperation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-

17	Beatmung präoperativ	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = nicht-invasive Beatmung 2 = invasive Beatmung 3 = extrakorporale Membranoxygenation (ECMO,ECLA)	Beatmungspflichtigkeit zum Zeitpunkt der Transplantation
Immunsuppression initial			
18	Induktionstherapie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ATG 2 = OKT3 3 = IL2-Rezeptor-Antagonist 9 = Andere	-
19	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden
20	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
21	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
22	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
23	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
24	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
25	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
Spenderdaten			
26	Spender ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
27	Spenderalter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 200 Angabe ohne Warnung: <= 130	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
28	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	-
29	Beatmungsdauer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 1 Stunden	Dauer der maschinellen Beatmung. Dieses Feld wird angegeben, wenn der Patient maschinell beatmet - im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien - wurde, sowohl invasiv als auch nicht-invasiv. In der Berechnung der Dauer der Beatmung wird zwischen invasiv und nicht-invasiv nicht unterschieden. Beginn und Ende sind definiert. Dieser zu ermittelnde Wert in Stunden soll eingetragen werden. Die Dauer der Entwöhnung wird bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

			<p>Die Definition für die maschinelle Beatmung, Erläuterungen zur Kodierung und Erklärung der Berechnung der Dauer der Beatmung finden sich in den Deutschen Kodierrichtlinien.</p> <p>Definition Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.</p> <p>Kodierung (Auszug) Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist zunächst die Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) sowie § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung.</p> <p>Berechnung der Dauer der Beatmung (Auszug) Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Bei einer/ mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden.</p> <p>Beginn (Auszug) Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit einem der folgenden Ereignisse. Endotracheale Intubation; Maskenbeatmung; Tracheotomie; Aufnahme eines beatmeten Patienten.</p> <p>Ende (Auszug) Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse. Extubation; Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung; Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält.</p>
30	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	<input type="checkbox"/> 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
Operation			
31	Datum der Transplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
32	Operation	1. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 2. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 3. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 4. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 5. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 6. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 7. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 8. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 9. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ 10. <input type="checkbox"/> -□□□.□□ <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 2019 8 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
33	Abbruch der Transplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
34	Retransplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 34 <> 0			
35	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
36	Transplantationsart	<input type="checkbox"/> 1 = unilaterale Transplantation (SLTx) 2 = bilaterale Transplantation (DLTx) 3 = Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	-
37	simultane Operationen	<input type="checkbox"/> 0 = keine 1 = weitere Transplantation 2 = kardialer Eingriff 3 = kontralateraler Lungeneingriff	-
38	Gesamt ischämiezeit (<u>rechte Lunge</u>)	□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten	Hier bitte die <u>Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans für die Lungenflügel separat angeben.</u> Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans dokumentieren.
<u>neu</u>	ischämiezeit (<u>linke Lunge</u>)	□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten	Hier bitte die <u>Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans für die Lungenflügel separat angeben.</u>
Teildatensatz Basis (B)			
Immunsuppression bei Entlassung			
wenn Feld 50 <> '07'			
39	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
40	Tacrolimus	<input type="checkbox"/>	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung

		0 = nein 1 = ja	gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
41	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
42	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
43	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
44	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
45	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die zum Zeitpunkt der ersten Entlassung gegeben werden. Sollte der Patient direkt nach der Transplantation versterben oder das Krankenhaus nicht verlassen, so werden alle Immunsuppressiva, die bis zum Todeszeitpunkt gegeben wurden, eingetragen.
wenn Feld 50 <> '07'			
46	Patient bei Entlassung tracheotomiert	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 46 = 0			
47	FEV1 (prädiktiver Wert in %)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0,1 % Angabe ohne Warnung: <= 100 %	Bitte hier den prädiktiven Wert (FEV1-predicted) in % zum Zeitpunkt der Entlassung dokumentieren (Hankinson et al. 1999. Am J Respir Crit Care Med; 159:179-187).
Entlassung Empfänger			
48	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme)

			vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
49	Entlassungsdiagnose(n)	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ ... 30. □□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 2019 8 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.
50	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 50 = '07'			
51	Todesursache(n) akut	□ 1 = unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure) 2 = Infektion 3 = kardiovaskulär 4 = technische Komplikationen 5 = Rejektion 6 = Multiorganversagen 9 = andere	Unter 3 sind alle kardiovaskulär bedingten Todesursachen einschließlich des unspezifischen Rechtsherzversagens zu dokumentieren. Unter 4 fallen alle durch eingriffsspezifische Komplikationen wie Blutung, Probleme der pulmonalen Anastomosen etc. bedingten Todesfälle.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
5	Empfänger ID	<input type="checkbox"/>	ET - Nummer aus ENIS

		ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Datum der letzten Transplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Datum der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
10	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information über Angehörigen/Betreuer des Patienten 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer des Patienten	-
11	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
Überlebensstatus des Empfängers			
12	Patient verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Feld 12 = 1			
13	Todesdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
14	Todesursache(n) im Verlauf	<input type="checkbox"/>	-

		1 = unspezifisches Transplantatversagen (non specific Graft failure) 2 = Infektion 3 = Rejektion 4 = Bronchiolitis obliterans Syndrom (BOS) 5 = kardiovaskulär 6 = Malignome 9 = andere	
wenn Patient lebt			
15	FEV 1 (höchster Wert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0,1 % Angabe ohne Warnung: <= 100 %	Bitte hier den höchsten Wert des FEV1 dokumentieren, der in den vorangegangenen 12 Monaten (seit der letzten Follow-up-Dokumentation) gemessen wurde.
16	FEV 1 (aktueller Wert)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0,1 % Angabe ohne Warnung: <= 100 %	Hier bitte den zum Zeitpunkt des Follow-up ermittelten Wert dokumentieren.
Gegenwärtige Immunsuppression			
wenn Informationen zum Patienten vorliegen und wenn Feld "Patient verstorben" IN (0;9)			
17	Cyclosporin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
18	Tacrolimus	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
19	Azathioprin	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
20	Mycophenolat	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
21	Steroide	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
22	m-ToR-Inhibitor	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Sirolimus, Everolimus
23	andere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B
0191 = Innere Medizin C
0192 = Innere Medizin D
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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung II
3791 = Sonstige Fachabteilung III
3792 = Sonstige Fachabteilung IV

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Nierenlebendspende (NLS)

Textdefinition

Alle Nierenlebendspenden

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN NLS_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle NLS_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~~ 2018 und das Entlassungsdatum liegt vor dem 01. Februar ~~2018~~ 2019

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND ENTLDATUM <= '31.01.~~2018~~2019'

Prozedur(en) der Tabelle NLS_OPS

OPS-Kode	Titel
5-554.80	Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch lumbal
5-554.81	Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Offen chirurgisch abdominal
5-554.82	Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Thorakoabdominal
5-554.83	Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch
5-554.8x	Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Sonstige

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Nierenlebendspende (NLS)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	<u>behandelnder Standort (OPS)</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u> <u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher

			<p>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	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
5	Fachabteilung	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Spender ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
7	Geburtsdatum	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
9	Körpergröße	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 230 cm	-
10	Körpergewicht bei Aufnahme	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: 1 - 230 kg	-
Anamnese			
11	arterielle Hypertonie präoperativ	<input type="checkbox"/>	Hier bitte „ja“ angeben, wenn RR- Werte in Ruhe am liegenden oder sitzenden Patienten

		0 = nein 1 = ja	systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg gemessen werden bzw. wenn der Patient mit Antihypertensiva behandelt wird.
12 (12.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 4 mg/dl	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in mg/dl vor Nierenlebenspende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt
13 (12.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 350 µmol/l	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in µmol/l vor Nierenlebenspende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt
Operation			
14	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	1. <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"/> 3. <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"/> 5. <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"/> 7. <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"/> 9. <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"/> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 201 98 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 87 gültigen OPS- Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 87 aufgenommen worden ist.
16	Dauer des Eingriffs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
Verlauf			
17	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sind Komplikationen anzugeben, die auf den Eingriff zurückzuführen sind und die transfusions- oder revisionsbedürftig sind.
wenn Feld 17 = 1			
18 (18.1)	Blutung	<input type="checkbox"/> > 1 EK oder operative Revision 1 = ja	Gemeint ist jede Blutung, die eine Transfusion mit mehr als 1 Blutkonserven erfordert und jede Blutung, die eine operative Revision erfordert.
19 (18.2)	Reoperation erforderlich	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint sind alle unvorhergesehenen Folgeeingriffe aufgrund Komplikationen des Primäreingriffs. Zu dokumentieren sind z.B. alle Re-Operationen aufgrund von Gefäß- oder Ureterkomplikation, tiefer Infektion oder Platzbauch.
20 (18.3)	sonstige Komplikationen	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint sind sonstige schwerwiegende Komplikationen, die potenziell zum Tode führen, z.B. Myokardinfarkt, Lungenembolie, zerebrale Ischämie, Sepsis.
Entlassung			

21	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 29 <> '07' und wenn Feld 21 = 0			
22 (22.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bei Entlassung (letzter postoperativer Wert) Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 4 mg/dl	Hierbei ist der letzte postoperative Kreatininwert vor Entlassung anzugeben. Wenn der Kreatininwert in µmol/l dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
23 (22.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bei Entlassung (letzter postoperativer Wert) Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 350 µmol/l	Hierbei ist der letzte postoperative Kreatininwert vor Entlassung anzugeben. Wenn der Kreatininwert in mg/dl dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
wenn Feld 29 <> '07' und wenn Feld 21 = 0			
24 (24.1)	Albumin i. U.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/l Gültige Angabe: >= 1 mg/l Angabe ohne Warnung: <= 1000 mg/l	Hierbei ist der letzte postoperative Albumin i.U.- Wert vor Entlassung anzugeben. Wenn das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i.U. in mg/g dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
25 (24.2)	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/g Gültige Angabe: >= 1 mg/g Angabe ohne Warnung: <= 10000 mg/g	Hierbei ist der letzte postoperative Wert des Albumin-Kreatinin-Verhältnisses i.U. vor Entlassung anzugeben. Wenn der Albuminwert in mg/l dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
26	arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn RR- Werte in Ruhe am liegenden oder sitzenden Patienten systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg gemessen werden bzw. wenn der Patient mit Antihypertensiva behandelt wird.
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.2018 7 bis zum 10.01.2018 7 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2018 7 bis zum 20.01.2018 7 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2018 7 , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2018 7
28	Entlassungsdiagnose(n)	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"/> ...	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 2019 8 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2018 7 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2018 7 aufgenommen worden ist.

		30. □□□. □□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	
29	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 29 = '07'			
30	Todesursache	□□□ 1 = Infektion 2 = kardiovaskulär 3 = cerebrovaskulär 4 = andere 9 = unbekannt	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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/Psychiatrie/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

	<p>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 I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod</p>

	<p>08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)</p> <p>09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 = Entlassung in ein Hospiz</p> <p>13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung</p> <p>14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p>
--	--

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Nierenlebendspende (NLSFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null BSNR (ambulant)	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	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.
4	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de siehe Schlüssel 1	-

		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	
5	Spender ID	<input type="text"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	Datum der Nierenlebendspende	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Datum der Follow-up-Erhebung	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
10	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information durch Angehörigen/Betreuer/Empfänger 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Empfänger	-
11	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	<input type="text"/> (1,2,3) Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
12	Spender verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Spender verstorben			
13	Todesdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn Spender lebt			
14	Spender dialysepflichtig?	<input type="checkbox"/>	-

		0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
wenn Spender nicht dialysepflichtig			
15 (15.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Hierbei ist der letzte Wert des Kreatininwert i.S. in mg/dl. anzugeben. Wenn der Kreatininwert i.S. in µmol/l dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
16 (15.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Hierbei ist der letzte Wert des Kreatininwert i.S. in µmol/l anzugeben. Wenn der Kreatininwert i.S. in mg/dl dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
17 (15.3)	Kreatininwert i.S. unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Spender nicht dialysepflichtig			
18 (18.1)	Albumin i. U.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/l Gültige Angabe: >= 1 mg/l Angabe ohne Warnung: <= 1000 mg/l	Hierbei ist der letzte Albumin i.U.-Wert anzugeben. Wenn das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i.U. in mg/g dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
19 (18.2)	Albumin i. U. unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Feld 19 <> LEER			
20 (20.1)	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angabe in: mg/g Gültige Angabe: >= 1 mg/g Angabe ohne Warnung: <= 10000 mg/g	Hierbei ist der letzte Wert des Albumin-Kreatinin-Verhältnisses i.U. anzugeben. Wenn der Albuminwert in mg/l dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
21 (20.2)	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. unbekannt	<input type="checkbox"/> 1 = ja	-
wenn Spender lebt			
22	arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier bitte „ja“ angeben, wenn RR- Werte in Ruhe am liegenden oder sitzenden Patienten systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg gemessen werden bzw. wenn der Patient mit Antihypertensiva behandelt wird.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
 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 II
 1591 = Allgemeine Chirurgie III
 1592 = Allgemeine Chirurgie IV
 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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung II
3791 = Sonstige Fachabteilung III
3792 = Sonstige Fachabteilung IV

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)

Textdefinition

Alle Nieren-, Pankreas oder kombinierten Pankreas- und Nierentransplantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN PNTX_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle PNTX_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~~ 2018 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2019~~2020

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2017~~2018' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2017~~2018' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2018~~2019')

Prozedur(en) der Tabelle PNTX_OPS

OPS-Kode	Titel
5-528.1	Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation eines Pankreassegmentes
5-528.2	Transplantation von Pankreas(gewebe): Transplantation des Pankreas (gesamtes Organ)
5-528.4	Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation eines Pankreassegmentes während desselben stationären Aufenthaltes
5-528.5	Transplantation von Pankreas(gewebe): Retransplantation des Pankreas (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.0	Nierentransplantation: Allogen, Lebendspender
5-555.10	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere: Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
5-555.11	Nierentransplantation: Allogen, Leichenniere: Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-555.2	Nierentransplantation: Syngen
5-555.5	Nierentransplantation: En-bloc-Transplantat
5-555.6	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Lebendspender während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.70	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes: Ohne hypotherme und pulsatile Organkonservierung
5-555.71	Nierentransplantation: Retransplantation, allogen, Leichenniere während desselben stationären Aufenthaltes: Mit hypothermer und pulsatiler Organkonservierung
5-555.8	Nierentransplantation: Retransplantation, En-bloc-Transplantat während desselben stationären Aufenthaltes
5-555.x	Nierentransplantation: Sonstige
5-555.y	Nierentransplantation: N.n.bez.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation (PNTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
1	Institutionskennzeichen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
neu	behandelnder Standort (OPS)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null</u>	<u>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</u> <u>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind.</u> <u>Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</u> <u>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</u> <u>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur</u>

			<p><u>erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</u></p> <p><u>Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</u></p>
3	Betriebsstätten-Nummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</u></p>
4	Aufnahmedatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
5	Fachabteilung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Empfänger ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer aus ENIS
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<p><u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u></p>
7	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-

		Format: TT.MM.JJJJ	Retransplantation durchgeführt wird, ist dieser identisch mit dem Zeitpunkt des Organversagens der letzten transplantierten Niere.
17	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des AB0-Systems angeben.
Teildatensatz Transplantation (T)			
Transplantation			
18	Wievielte Transplantation während dieses Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
19	durchgeführte Transplantation	<input type="checkbox"/> 1 = Isolierte Nierentransplantation 2 = Simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = Isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	Gleichzeitige Transplantationen von Niere und Pankreas sind immer mit Schlüssel "2" zu dokumentieren, auch wenn simultan weitere Organe transplantiert werden.
wenn Feld 19 = 1			
20	Einzel- oder Doppeltransplantation	<input type="checkbox"/> 1 = isolierte Nierentransplantation (1 Organ) 2 = isolierte Nierentransplantation (2 Organe)	-
21	Spende kompatibel	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte angeben, ob die Nierenlebensspende oder postmortale Spende Blutgruppen-kompatibel durchgeführt wurde.
Spenderdaten			
22	Spendertyp	<input type="checkbox"/> 1 = hirntot 2 = lebend	-
23	Spender ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	ET - Nummer
24	Spenderalter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 200 Angabe ohne Warnung: <= 130	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
25	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
26	Blutgruppe	<input type="checkbox"/> 1 = A 2 = B	Hier bitte die Blutgruppe anhand des AB0-Systems angeben.

		3 = 0 4 = AB	
wenn Feld 19 = Nierentransplantation			
27 (27.1)	Kreatinin i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> mg/dl letzter vorliegender Wert Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in mg/dl vor Nierenlebenspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
28 (27.2)	Kreatinin i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> µmol/l letzter vorliegender Wert Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Bitte letzten dokumentierten Kreatininwert in µmol/l vor Nierenlebenspende oder postmortalen Spende eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
wenn Feld 22 = 1			
29	Todesursache	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spender siehe Schlüssel 3	-
Operation			
30	OP-Datum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
31	Operation	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"/> <u>alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs.</u> OPS http://www.dimdi.de	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 201 9 ⁸ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 201 8 ⁷ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.201 8 ⁷ aufgenommen worden ist.
32	Abbruch der Transplantation	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
33	Retransplantation Niere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 33 = 1			
34	Wievielte Nierentransplantation?	<input type="checkbox"/> Angabe ohne Warnung: >= 1	Anzugeben ist die Anzahl der bisher durchgeführten Nierentransplantationen einschließlich des aktuellen Eingriffs. Also „1“, wenn der Patient erstmalig transplantiert wird, „2“ im Falle einer Retransplantation, „3“ bei einer Re-Re-Transplantation usw.
wenn Feld 34 > 1			
35	Datum der letzten Nierentransplantation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Format: TT.MM.JJJJ	-

		Format: TT.MM.JJJJ	
wenn Feld 19 = Pankreastransplantation			
36	Retransplantation Pankreas	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 36 = 1			
37	Wievielte Pankreastransplantation?	<input type="checkbox"/> Angabe ohne Warnung: >= 1	Anzugeben ist die Anzahl der bisher durchgeführten Pankreastransplantationen einschließlich des aktuellen Eingriffs. Also „1“, wenn der Patient erstmalig transplantiert wird, „2“ im Falle einer Retransplantation, „3“ bei einer Re-Re-Transplantation usw.
wenn Feld 37 > 1			
38	Datum der letzten Pankreastransplantation	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
Postoperativer Verlauf			
39	funktionierendes Nierentransplantat bei Entlassung	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Funktionsfähigkeit des Transplantats zum Zeitpunkt der Entlassung. Wenn ein Transplantatverlust bzw. -versagen erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.
wenn Feld 39 = 0			
40	postoperative Funktionsaufnahme des Transplantats	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier ist „nein“ zu dokumentieren, wenn es nach der Operation zu keiner Funktionsaufnahme des Transplantats gekommen ist (z. B. primäre Nichtfunktion oder bei Abbruch der Transplantation). Im Falle eines sekundären Transplantatversagens (z. B. bei Abstoßung oder späterer Explantation wegen Komplikationen) ist „ja“ anzugeben.
wenn Feld 39 = 1 oder wenn Feld 40 = 1			
41	Anzahl postoperativer Dialysen bis Funktionsaufnahme	<input type="text"/> <input type="text"/>	Es sind alle Dialysen während des stationären Aufenthalts zu dokumentieren, die nach der Transplantation bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfolgten.
42	behandlungsbedürftige (schwere) intra- oder postoperative Komplikation(en)	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier sind Komplikationen anzugeben, die auf den Eingriff zurückzuführen sind und die transfusions- oder revisionsbedürftig sind.
wenn Feld 42 = 1			
43 (43.1)	Blutung	<input type="checkbox"/> > 1 EK oder operative Revision 1 = ja	Gemeint ist jede Blutung, die eine Transfusion mit mehr als 1 Blutkonserven erfordert und jede Blutung, die eine operative Revision erfordert.
44 (43.2)	Reoperation erforderlich	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint sind alle unvorhergesehenen Folgeeingriffe aufgrund Komplikationen des Primäreingriffs. Zu dokumentieren sind z.B. alle Re-Operationen aufgrund von Gefäß- oder Ureterkomplikation, tiefer Infektion oder Platzbauch.
45 (43.3)	sonstige Komplikation	<input type="checkbox"/> 1 = ja	Gemeint sind sonstige schwerwiegende Komplikationen, die potenziell zum Tode führen, z.B. Myokardinfarkt, Lungenembolie, zerebrale Ischämie, Spesis.
wenn Feld 19 = Pankreastransplantation			
46	Relaparotomie erforderlich	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Nur bei Pankreastransplantation auszufüllen
wenn Feld 46 = 1			
47	Ursache für die Relaparotomie	<input type="checkbox"/> 1 = arterielle Thrombose 2 = venöse Thrombose	Hier bitte die Ursache der Relaparotomie angeben

		3 = Blutung 4 = Peritonitis / Abzess 5 = Nahtinsuffizienz 6 = Pankreatitis 7 = Rejektion 9 = andere	
wenn Feld 19 = Pankreastransplantation			
48	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Wenn ein Transplantatverlust erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.
wenn Feld 48 = 1			
49	Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats	<input type="checkbox"/> 1 = arterielle Thrombose 2 = venöse Thrombose 3 = Blutung 4 = Peritonitis / Abzess 5 = Nahtinsuffizienz 6 = Pankreatitis 7 = Rejektion 9 = andere	Hier bitte die Ursache für die Entnahme des Pankreastransplantats angeben
50	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Bitte mit „ja“ dokumentieren, wenn eine Abstoßung histologisch nachgewiesen wurde <i>oder</i> wenn - auch bei fehlendem/negativen Biopsieergebnis - wie bei einer Abstoßung behandelt wurde.
wenn Feld 19 = Pankreastransplantation			
51	akute behandlungsbedürftige Rejektion Pankreas	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Hier bitte „ja“ angeben, wenn der Patient nach Pankreastransplantation eine endokrine Funktionsstörung entwickelt, die mit einer Modifikation der immunsuppressiven Medikation behandelt wird
Teildatensatz Basis (B)			
Entlassung Empfänger			
52 (52.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> mg/dl letzter vorliegender Wert vor Entlassung Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Nur bei durchgeführter Nierentransplantation zu dokumentieren, wenn der Patient bei Entlassung nicht dialysepflichtig ist. Zu dokumentieren ist der zuletzt vorliegende Wert vor Entlassung.
53 (52.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> µmol/l letzter vorliegender Wert vor Entlassung Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Nur bei durchgeführter Nierentransplantation zu dokumentieren, wenn der Patient bei Entlassung nicht dialysepflichtig ist. Zu dokumentieren ist der zuletzt vorliegende Wert vor Entlassung.
54	Patient bei Entlassung insulinfrei?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	Nur bei durchgeführter Pankreastransplantation zu dokumentieren. Wenn ein Transplantatversagen erfolgte, ist trotzdem eine Follow-up-Erhebung notwendig. Diese bezieht sich jedoch nur auf den Überlebensstatus.
55	Entlassungsdatum Krankenhaus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>

			<p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.20187 bis zum 10.01.20187</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.20187 bis zum 20.01.20187</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.20187, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.20187.</p>
56	Entlassungsdiagnose(n)	<p>1. □□□.□□</p> <p>2. □□□.□□</p> <p>3. □□□.□□</p> <p>4. □□□.□□</p> <p>5. □□□.□□</p> <p>6. □□□.□□</p> <p>7. □□□.□□</p> <p>8. □□□.□□</p> <p>...</p> <p>30. □□□□.□□</p> <p>ICD-10-GM</p> <p>http://www.dimdi.de</p>	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 20198 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 20187 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.20187 aufgenommen worden ist.</p>
57	Entlassungsgrund	<p>□□</p> <p>siehe Schlüssel 4</p> <p>§ 301-Vereinbarung:</p> <p>http://www.dkgev.de</p>	-
wenn Feld 57 = '07'			
58	Todesursache	<p>□</p> <p>1 = Infektion</p> <p>2 = kardiovaskulär</p> <p>3 = cerebrovaskulär</p> <p>4 = Malignom</p> <p>5 = andere</p> <p>9 = unbekannt</p>	-

Lange Schlüssel

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

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 I

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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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

	<p>3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie 3690 = Intensivmedizin 3691 = Intensivmedizin 3692 = Intensivmedizin 3700 = sonstige Fachabteilung I 3750 = Angiologie 3751 = Radiologie 3752 = Palliativmedizin 3753 = Schmerztherapie 3754 = Heiltherapeutische Abteilung 3755 = Wirbelsäulenchirurgie 3756 = Suchtmedizin 3757 = Visceralchirurgie 3790 = Sonstige Fachabteilung II 3791 = Sonstige Fachabteilung III 3792 = Sonstige Fachabteilung IV</p>
Schlüssel 2 "Nierenerkrankung"	<p>1 = Chronic renal failure, etiology uncertain 10 = Glomerulonephritis, histologically NOT examined 11 = Focal segmental glomerulosclerosis with nephrotic syndrome in children 12 = IgA nephropathy (proven by immunofluorescence, not code 76 and not code 85) 13 = Dense deposit disease membrano-proliferative GN, type II (proven by immunofluorescence and/or electron microscopy) 14 = Membranous nephropathy 15 = Membrano-proliferative GN, type I (proven by immunofluorescence and/or electron microscopy - not code 84 or 89) 16 = Rapidly progressive GN without systemic disease (crescentic, histologically confirmed, not coded elsewhere) 17 = Focal segmental glomerulosclerosis with nephrotic syndrome in adults 19 = Glomerulonephritis, histologically examined 20 = Pyelonephritis/Interstitial nephritis-cause not specified 21 = Pyelonephritis/interstitial nephritis associated with neurogenic bladder 22 = Pyelonephritis/interstitial nephritis due to congenital obstructive uropathy with or without vesico-ureteric reflux 23 = Pyelonephritis/interstitial nephritis due to acquired obstructive uropathy 24 = Pyelonephritis/interstitial nephritis due to vesico-ureteric reflux without obstruction 25 = Pyelonephritis/interstitial nephritis due to urolithiasis 29 = Pyelonephritis/interstitial nephritis due to other cause 30 = Tubulo interstitial nephritis (not pyelonephritis) 31 = Nephropathy due to analgesic drugs 32 = Nephropathy due to cisplatin 33 = Nephropathy due to cyclosporin A 34 = Lead induced interstitial nephropathy 39 = Nephropathy caused by other specific drug 40 = Cystic kidney disease-type unspecified 41 = Polycystic kidneys, adult type (dominant) 42 = Polycystic kidneys, infantile (recessive) 43 = Medullary cystic disease, including nephronophthisis 49 = Cystic kidney disease-other specified type 50 = Hereditary/Familial nephropathy-type unspecified 51 = Hereditary nephritis with nerve deafness (Alport's syndrome) 52 = Cystinosis 53 = Primary oxalosis 54 = Fabry's disease 59 = Hereditary nephropathy-other 60 = Congenital renal hypoplasia-type unspecified 61 = Oligomeganephronic hypoplasia 63 = Congenital renal dysplasia with or without urinary tract malformation 66 = Syndrome of agenesis of abdominal muscles (Prune Belly syndrome) 70 = Renal vascular disease-type unspecified 71 = Renal vascular disease due to malignant hypertension (NO primary renal disease) 72 = Renal vascular disease due to hypertension (NO primary renal disease) 73 = Renal vascular disease due to polyarteritis 74 = Wegener's granulomatosis 75 = Ischemic renal disease / cholesterol embolism 76 = Glomerulonephritis related to liver cirrhosis 78 = Cryoglobulinemic glomerulonephritis 79 = Renal vascular disease-classified 80 = Diabetes Type I 81 = Diabetes Type II 82 = Myelomatosis/light chain deposit disease</p>

	83 = Amyloidosis 84 = Lupus erythematosus 85 = Henoch-Schönlein purpura 86 = Goodpasture's syndrome 87 = Systemic sclerosis (scleroderma) 88 = Hemolytic Uremic syndrome including Moschowitz syndrome 89 = Multisystem disease-other specified type 90 = Cortical or tubular necrosis 91 = Tuberculosis 92 = Gout 93 = Nephrocalcinosis and hypercalcemic nephropathy 94 = Balkan nephropathy 95 = Kidney tumor 96 = Traumatic or surgical loss of kidney 99 = Other identified renal disorders
Schlüssel 3 "Todesursache"	216 = T_CAPI: Trauma: Schädel 217 = T_OTH: Trauma: Nicht anderweitig klassifizierbar 218 = CVA: Zerebrovaskuläres Ereignis, nicht anderweitig klassifizierbar 219 = CIRC: Kreislauf, nicht anderweitig klassifizierbar 220 = RESP: Atmung, nicht anderweitig klassifizierbar 221 = BRAIN: Hirntumor, nicht anderweitig klassifizierbar 222 = ANENC: Anenzephalus 223 = NAO: Nicht traumatische Todesursache, anderweitig nicht klassifizierbar 224 = S_HEAD: Suizid: Schädel-Hirn-Verletzung 225 = S_DRUG: Suizid: Medikamente / Drogen 226 = OTH: Suizid: Anderweitig nicht klassifizierbar 228 = MAL: Bösartige Erkrankungen 229 = CBL: Intrazerebrale Blutung 230 = CID: Ischämischer Insult 231 = BRA12: Hirntumor, Astrozytom Grad 1 oder 2 232 = BRA3: Hirntumor, Astrozytom Grad 3 233 = BRAM: Hirntumor, bösartig 234 = SAB: Subarachnoidalblutung 235 = SDH: Subdurales Hämatom 236 = EDH: Epidurales Hämatom 237 = RSA: Atmung: Status Asthmaticus 238 = REP: Atmung: Epiglottitis / Laryngitis 239 = CIAM: Kreislauf: Akuter Myokardinfarkt 240 = CIRM: Kreislauf: Akuter Myokardinfarkt, Rezidiv 241 = CICA: Kreislauf: Herzstillstand 242 = BRBE: Hirntumor, gutartig 243 = CSE: Status Epilepticus 244 = CMB: Meningitis: Bakteriell 245 = CMV: Meningitis: Viral 246 = CMU: Meningitis: Nicht anderweitig klassifizierbar 247 = TLA: Trauma: Reiseunfall zu Lande 248 = TWA: Trauma: Reiseunfall zu Wasser 249 = TFA: Trauma: Sturz 250 = TDR: Trauma: Ertrinken 251 = TSU: Trauma: Ersticken 252 = TGS: Trauma: Exposition gegenüber Gasen / Rauch / Dampf 253 = TME: Trauma: Mechanisch 254 = SRE: Suizid : Atemwege 255 = SJU: Suizid : Sturz 256 = MME: Medizinische Komplikation : Medikamente 257 = MSU: Medizinische Komplikation : chirurgische / medizinische Behandlung 258 = MDI: Medizinische Komplikation : Diagnostische Intervention
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)
--	---

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
1	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□ zweistellig, ggf. mit führender Null	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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	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.
4	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de siehe Schlüssel 1	-
5	Empfänger ID	□□□□□□□□	ET - Nummer aus ENIS

		ET-Nummer Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: >= 10000	
neu	<u>Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?</u>	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	<u>Das Datenfeld ist als Grundlage der Datenübermittlung an das TX-Register gemäß § 15e Abs. 5 TPG von den Einrichtungen auszufüllen. Die Aufklärung und die wirksame Einwilligung muss die Vorgaben des § 15e Abs. 6 TPG erfüllen. Sind die Voraussetzungen des § 15e Abs. 6 TPG zum Zeitpunkt der Datenübermittlung erfüllt, ist im Datenfeld ein JA anzukreuzen.</u>
6	Geburtsdatum	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
7	Geschlecht	<input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	-
8	durchgeführte Transplantation	<input type="checkbox"/> 1 = Isolierte Nierentransplantation 2 = Simultane Pankreas-Nierentransplantation (SPK) 3 = Pankreastransplantation nach Nierentransplantation (PAK) 4 = Isolierte Pankreastransplantation 5 = Kombination Niere mit anderen Organen 6 = Kombination Pankreas mit anderen Organen	Gleichzeitige Transplantationen von Niere und Pankreas sind immer mit Schlüssel "2" zu dokumentieren, auch wenn simultan weitere Organe transplantiert werden.
9	Datum der letzten Transplantation	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	-
10	Datum der Follow-up-Erhebung	<input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	Es gelten folgende Zeitfenster für die Follow-up Untersuchungen ab OP-Datum: 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre minus 1 Monat als "harte" Grenze (d.h. bei Unterschreitung wird der Datensatz abgelehnt) und 1 Jahr / 2 Jahre / 3 Jahre plus 2 Monaten als "weiche" Grenze (d.h. bei Überschreitung erfolgt eine Warnung, der Datensatz wird jedoch angenommen). Ab mehr als plus 11 Monaten wird die Nachsorge in der Auswertung dem nächsten Follow-up-Jahr zugeordnet (bzw. gilt als 3 Jahres Follow-up). Diese Follow-up-Erhebungsfenster gelten nicht, wenn der Patient im Verlauf des betreffenden Follow-up-Jahres verstorben ist. In diesem Fall kann der Dokumentationsbogen immer abgeschlossen werden.
11	Art der Follow-up-Erhebung	<input type="checkbox"/> 1 = Patient war persönlich im KH 2 = telefonischer Kontakt mit Patient 3 = telefonischer Kontakt mit weiterbehandelndem Arzt 4 = schriftliche Information vom weiterbehandelnden Arzt 5 = Information durch Angehörigen/Betreuer/Spender 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Spender	-
12	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	<input type="text"/> (1,2,3)	Bitte Nummer des Follow-up-Jahres eintragen. Eine Dokumentationsverpflichtung besteht für das Follow-up 1, 2 und 3 Jahre nach der

		Gültige Angabe: 1 - 10 Angabe ohne Warnung: <= 3	Transplantation. Eine freiwillige Dokumentation über diesen Zeitraum hinaus ist möglich.
13	Patient verstorben	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	Ausprägung 9: unbekannt oder Follow-up-Untersuchung seitens des Patienten nicht erfolgt
wenn Feld 13 = 1			
14	Todesdatum	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
15	Todesursache	<input type="checkbox"/> 1 = Infektion 2 = kardiovaskulär 3 = cerebrovaskulär 4 = Malignom 5 = andere 9 = unbekannt	-
16	Transplantatversagen Niere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Unter Transplantatversagen ist der Beginn einer erneuten Dialysetherapie oder die unmittelbare Re-Transplantation zu verstehen. Seit 2013 besteht eine Dokumentationspflicht für alle FU-Jahre (1, 2 und 3), auch wenn ein Transplantatverlust bzw. -versagen bereits angegeben wurde. Dies gilt für alle Patienten, die ab dem 01.01.2012 eine Nieren- oder Pankreastransplantation erhalten haben. Für Patienten mit Transplantatversagen bzw. -verlust ist im Follow-up lediglich die Angabe des Überlebensstatus erforderlich. Laborwerte o.ä. müssen nicht notwendigerweise erhoben werden.
wenn Feld 16 = 1			
17	Datum Transplantatversagen Niere	□□.□□.□□□□ Format: TT.MM.JJJJ	-
18	Ursache Transplantatversagen Niere	<input type="checkbox"/> 1 = Rejektion 2 = Gefäßverschluss 3 = Blutung 4 = Infektion im OP-Bereich 5 = Rekurrenz der Grunderkrankung 6 = De Novo Nierenerkrankung 7 = primäre Nichtfunktion 9 = andere	Bitte hier eine der aufgeführten Ursachen angeben, wenn ein Transplantatversagen der Niere dokumentiert worden ist
wenn Feld 16 IN (0;9)			
19 (19.1)	Kreatininwert i.S. in mg/dl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg/dl Follow-up Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0,1 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Nur bei Nierentransplantation Bitte aktuellen Kreatininwert in mg/dl angeben, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt und der Patient nicht dialysepflichtig ist.
20 (19.2)	Kreatininwert i.S. in µmol/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> µmol/l Follow-up Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 1 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Nur bei Nierentransplantation Bitte aktuellen Kreatininwert in µmol/l angeben, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt und der Patient nicht dialysepflichtig ist.
21 (19.3)	Kreatininwert i.S. unbekannt	<input type="checkbox"/> Follow-up 1 = ja	-
wenn Patient lebt und eine Nierentransplantation oder PAK durchgeführt wurde und kein Transplantatversagen			

22	akute behandlungsbedürftige Rejektion Niere	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte mit „ja“ dokumentieren, wenn eine Abstoßung histologisch nachgewiesen wurde <i>oder</i> wenn - auch bei fehlendem/negativen Biopsieergebnis - wie bei einer Abstoßung behandelt wurde.
<u>wenn Feld 22 = 1</u>			
neu	<u>Datum der akuten behandlungsbedürftigen Rejektion Niere</u>	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <u>Format: TT.MM.JJJJ</u>	<u>Datum der histologisch gestellten Diagnose bzw. bei Rejektionsbehandlung ohne Biopsieergebnis Tag des Behandlungsbeginns der Rejektion</u>
<u>wenn Patient lebt und eine Pankreastransplantation durchgeführt wurde</u>			
23	Patient bei Follow-up- Untersuchung insulinfrei?	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte nur bei durchgeführter Pankreastransplantation dokumentieren
<u>wenn Feld 23 = 0</u>			
24	Beginn der Insulintherapie	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> Format: TT.MM.JJJJ	Bitte nur bei durchgeführter Pankreastransplantation dokumentieren, wenn der Patient zum Zeitpunkt des Follow-up insulinpflichtig ist.
25	Ursache des Transplantatversagens Pankreas	<input type="checkbox"/> 1 = Rejektion 2 = Gefäßverschluss 3 = Blutung 4 = Infektion im OP-Bereich 5 = primäre Nichtfunktion 6 = chronisches Transplantatversagen 9 = andere	Bitte nur bei durchgeführter Pankreastransplantation dokumentieren, wenn der Patient zum Zeitpunkt des Follow-up insulinpflichtig ist.
26	Entnahme des Pankreastransplantats erforderlich	<input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Fachabteilungen"	0100 = Innere Medizin A 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 B 0191 = Innere Medizin C 0192 = Innere Medizin D 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 I
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 II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
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 I
3750 = Angiologie
3751 = Radiologie
3752 = Palliativmedizin
3753 = Schmerztherapie
3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3756 = Suchtmedizin
3757 = Visceralchirurgie
3790 = Sonstige Fachabteilung II
3791 = Sonstige Fachabteilung III
3792 = Sonstige Fachabteilung IV

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	Kurzbeschreibung	Im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren			
Modul		OPS	ICD	Im Originaldatensatz zu dokumentieren	Im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
Alle (z.B. 09/1) <u>außer</u> <u>HTXM</u>	<u>Vorzeitiger Abbruch einer Operation</u>	<p>Minimaldatensatz: Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, kann ist statt des Datensatzes ein MDS <u>zu dokumentieren</u> ent werden.</p> <p>Zusatzcode OPS-Kode: 5-995 <u>Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)</u></p> <p>Regulärer Datensatz: <u>Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen.</u></p>			
09/1	<u>permanente epikardiale Schrittmacher</u>	<p>Minimaldatensatz: <u>Wenn es sich um permanente epikardiale Schrittmacher <u>handelt, ist ein Minimaldatensatz anzulegen.</u></u></p> <p>OPS-Kode: <u>5-377.0 (Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders, Schrittmacher, n.n.bez.)</u></p> <p>Regulärer Datensatz: <u>Wenn es sich um permanente transvenöse Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren.</u></p>			
09/1	<u>temporäre Schrittmacher</u>	<p>Minimaldatensatz:</p>			

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<p><u>Wenn es sich um temporäre Schrittmacher handelt, die über den OPS-Kode 5.377.x kodiert wurden, ist ein Minimaldatensatz anzulegen.</u></p> <p><u>Hinweis:</u> temporäre Schrittmacher sind nicht QS-relevant und in der Regel zu kodieren mit:</p> <p>8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus</p> <p><i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p>8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus</p> <p><i>Inkl.:</i> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p>8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ</p> <p>Hinweis: Dieser <u>Der</u> Kode 8-643 ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird.</p> <p><u>Regulärer Datensatz:</u></p> <p><u>Wenn es sich um permanente transvenöse Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren. Sollten Codes des Bereichs 5-377.x zur Anwendung kommen, ist der MDS auszufüllen.</u></p>
10/2	<u>besondere Indikationen</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>Ein Ziel der Qualitätssicherung ist die angemessene Indikationsstellung und eine hohe Qualität der operativen oder interventionellen Behandlung von Stenosen der Arteria carotis. Neben der Stenose, mit oder ohne akutem Schlaganfall, gibt es andere Indikationsstellungen, die hier nicht betrachtet werden sollen (z.B. ein tumorbedingter Einbruch in die Arteria carotis). In diesen Fällen können manche Datenfelder nicht sinnvoll ausgefüllt werden. Sollten solche Indikationen über den QS-Filter zur Auslösung der Dokumentationspflicht führen, wird empfohlen, nur einen MDS anzulegen.</p>
16/1	<u>induzierte Schwangerschaftsabbrüche</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>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</p>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<p>(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.</p> <p>Induzierte Schwangerschaftsabbrüche sollen unabhängig vom Fetalgewicht, jedoch nicht in der externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe, erfasst werden. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</p> <p><u>Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines MDS nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder Abort handelt.</u></p>
16/1	<u>Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500g</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>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.</p> <p>Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtennummer vergeben wird (Fetalgewicht unter 500 g, gemäß Personenstandsgesetz), einen eigenen Nummernkreis (9999) anzulegen und die Fälle so über den geburtshilflichen Datensatz zu dokumentieren. Durch die Möglichkeit eines MDS entfällt diese Regelung.</p> <p><u>Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines MDS nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder Abort handelt.</u></p>
16/1	<u>anonyme Geburten</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>FürBei anonymen Geburten liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</p>
17/1		<p>Die osteosynthetische Versorgung einer tumorbedingten Hüftfraktur/Femurfraktur ist mit einem MDS zu dokumentieren.</p> <p>tumorbedingte Hüftfraktur/Femurfraktur</p>
HEP	<u>Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p>Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Hüft-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in</p>

Modul	Kurzbeschreibung	Im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<p>einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.</p> <p>OPS-Kodes: TEP_ Implantation und TEP-Wechsel</p>
HEP	<u>Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer subtrochantären Fraktur, Femurschaftfraktur oder distalen Fraktur</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p><u>Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren</u></p>
HEP	<u>Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Die Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses, ist im Teildatensatz „Hüftgelenknahe Femurfraktur“ im regulären Datensatz zu dokumentieren</u></p>
HEP	<u>Erstimplantation einer Endoprothese nach „Cut out“ oder Pseudarthrose</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Die Erstimplantation einer Endoprothese nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung mit nachfolgendem Cut out oder nachfolgender Pseudarthrose ist im Teildatensatz „Elektive Erstimplantation“ im regulären Datensatz zu dokumentieren</u></p>
HEP	<u>Wechsel einer Endoprothese und Periprothetische Fraktur</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Periprothetische Frakturen wie beispielsweise distale oder subtrochantäre Frakturen bei liegender Prothese sind im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.</u></p>
HEP	<u>Zweizeitiger Wechsel</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Gegebenenfalls sollte bei Kodierung des zweizeitigen Wechsel mit einem Implantationskode, der Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) dokumentiert werden.</u></p>
KEP	<u>Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p>

Modul	Kurzbeschreibung	Im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<p>Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Knie-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.</p> <p>OPS-Kodes: TEP_Implantation und TEP-Wechsel</p>
KEP	<u>Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund kniegelenksnaher Fraktur</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p><u>Die Erstimplantation einer Knieendoprothese (Voll- oder Teilersatz) aufgrund einer kniegelenksnahen Fraktur (z.B. Fraktur des proximalen Endes der Tibia oder distale Fraktur des Femurs als akut eingetretenes traumatisches Ereignis) ist im Minimaldatensatz zu dokumentieren.</u></p>
KEP	<u>Zweizeitiger Wechsel</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Die DIMDI Empfehlung zur Kodierung des zweizeitigen Wechsel ggf. mit einem Implantationskode und dem Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) ist zu beachten.</u></p>
18/1	<u>operative Entfernung von Haut-(Fern)-Metastasen</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>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.</p>
DEK	<u>Reanimation des Patienten oder Tod bei Aufnahme</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>Wird ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.</p>
DEK	<u>Zweite Aufnahme z.B. zur Rückverlegung eines Anus praeter</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p><u>Wird ein Patient z.B. für eine operative Versorgung eines Dekubitus aufgenommen und deswegen ein Anus praeter angelegt, kann es bei einer zweiten Aufnahme des Patienten zur Rückverlegung des Anus praeter sein, dass als Hauptdiagnose der Dekubitus angegeben werden muss.</u></p>

Modul	Kurzbeschreibung	Im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<u>In diesem Fall ist für den zweiten Aufenthalt ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.</u>
NEO	<u>Zuverlegung nach keiner kontinuierlichen Behandlung nach dem 7. Lebenstag</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten vier Lebensmonate<u>120 Lebensstage</u> in ein Krankenhaus zuverlegt werden, soll eine Dokumentation für das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder spätestens ab ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden.</p> <p>Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Abrechnungsdaten (§ 301 SGB V, § 21 Abs. 4 KHEntgG), nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (die innerhalb zwischen der ersten vier Lebensmonate<u>8 und 120 Lebenstagen</u> 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.</p>
NEO	<u>Behandlungsgrund: Erkrankung der Mutter</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>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.</p>
NEO	<u>Kindern mit einem Gestationsalter von <= 21+6 SSW</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p>Die Erhebung von Kindern mit einem Gestationsalter von < <u>=21+6</u> SSW ist in diesem Verfahren nicht vorgesehen. Daher soll für diese Kinder ein MDS dokumentiert werden.</p>
NEO	<u>Babyklappen-Kinder</u>	<p>Minimaldatensatz:</p> <p><u>Bei Babyklappen-Kindern liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.</u></p>
NEO	<u>Kinder mit einem Gestationsalter von >= 22+0 SSW</u>	<p>Regulärer Datensatz:</p> <p><u>Kinder, die ein Gestationsalter von >= 22+0 SSW haben und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>die im Kreißaal verstorben sind oder</u>

Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<ul style="list-style-type: none"> • <u>die eine palliative Versorgung erhalten haben oder</u> • <u>bei denen eine letale Fehlbildung diagnostiziert wurde oder</u> • <u>die nach einer Interruptio Lebenszeichen zeigten.</u>
PNEU	<u>Fälschlich ausgelöste Sekundärbehandlungen</u>	<p><u>Minimaldatensatz:</u> Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits austherapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden.</p>

Meldung zur methodischen Sollstatistik

in der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §§ 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 § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V

zur Mitteilung an die Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	201 8 7
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
Entlassender Standort:	
QS-Filter-Software / Version:	/
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	
Gesamtzahl vollstationärer Krankenhausfälle (Erfassungsjahr) ¹ :	
Gesamtzahl vollstationärer Krankenhausfälle (Vorjahr) ² :	
Auf Bundesebene nicht dokumentationspflichtige Fälle ³ :	
Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren) ⁴ :	
Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):	
Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):	

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	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal					Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus iV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fällen	Datensätze aus sonstigen Fällen	Anteil: GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2017 <u>2018</u>	2. Quartal 2017 <u>2018</u>	3. Quartal 2017 <u>2018</u>	4. Quartal 2017 <u>2018</u>	1. Quartal 2018 <u>2019</u>						
09/1	201 87											
09/2	201 87											
09/3	201 87											
09/4	201 87											
09/5	201 87											
09/6	201 87											
10/2	201 87											
15/1 ⁵	201 87										-	
16/1 ⁵	201 87											
17/1	201 87										-	
18/1 ⁵	201 87										-	
DEK ⁵	201 76					-					-	
DEK ⁶	201 87					-					-	
HCH	201 87										-	
HTXM ⁵	201 76					-					-	
HTXM ⁶	201 87					-					-	

⁵ in 201~~76~~ aufgenommen und in 201~~87~~ entlassen⁶ in 201~~87~~ aufgenommen und in 201~~87~~ 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	Anteil: GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2017 <u>2018</u>	2. Quartal 2017 <u>2018</u>	3. Quartal 2017 <u>2018</u>	4. Quartal 2017 <u>2018</u>	1. Quartal 2018 <u>2019</u>						
HEP	201 8 <u>7</u>											
KEP	201 8 <u>7</u>											
LLS	201 8 <u>7</u>									-		
LTX ⁷	201 7 <u>6</u>					-					-	
LTX ⁸	201 8 <u>7</u>					-					-	
LUTX ⁷	201 7 <u>6</u>					-					-	
LUTX ⁸	201 8 <u>7</u>					-					-	
NEO ⁷	201 7 <u>6</u>					-					-	
NEO ⁸	201 8 <u>7</u>					-						
NLS	201 8 <u>7</u>										-	
PNEU	201 8 <u>7</u>										-	
PNTX ⁷	201 7 <u>6</u>					-					-	
PNTX ⁸	201 8 <u>7</u>					-					-	

⁷ in 201~~7~~6 aufgenommen und in 201~~8~~7 entlassen

⁸ in 201~~8~~7 aufgenommen und in 201~~8~~7 entlassen

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (Z):

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 201 8 7	2. Quar- tal 201 8 7	3. Quar- tal 201 8 7	4. Quar- tal 201 8 7	1. Quar- tal 201 9 8						
HCH_ENDO ⁹	201 8 7											
HCH_TRAP ⁹	201 8 7											
HEP_IMP ¹⁰	201 8 7											
HEP_WE ¹⁰	201 8 7											
KEP_IMP ¹¹	201 8 7											
KEP_WE ¹¹	201 8 7											
HTXM_TX ^{12,13}	201 7 6											
HTXM_TX ^{14,13}	201 8 7											
HTXM_MKU ^{12,13}	201 7 6											
HTXM_MKU ^{14, 13}	201 8 7											

⁹ Teilmenge des Leistungsbereiches HCH

¹⁰ Teilmenge des Leistungsbereiches HEP

¹¹ Teilmenge des Leistungsbereiches KEP

¹² in 201~~7~~6 aufgenommen und in 201~~8~~7 entlassen

¹³ Teilmenge des Leistungsbereiches HTXM

¹⁴ in 201~~8~~7 aufgenommen und in 201~~8~~7 entlassen

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 201 8 ⁷	2. Quar- tal 201 8 ⁷	3. Quar- tal 201 8 ⁷	4. Quar- tal 201 8 ⁷	1. Quar- tal 201 9 ⁸						
12/1 (nur Hessen)	201 8 ⁷										-	
15/1 (nur Hessen)	201 8 ⁷										-	
SA_FRUEHREHA_H E ¹⁵ (nur Hessen)	201 7 ⁶					-					-	
SA_FRUEHREHA_H E ¹⁶ (nur Hessen)	201 8 ⁷					-					-	
SA_HE (nur Hessen)	201 8 ⁷										-	
<u>MRE_HE¹⁵</u>	<u>2017</u>					=					=	
<u>MRE_HE¹⁶</u>	<u>2018</u>					=					=	
80/1 (nur BW)	201 8 ⁷										-	
85/1 (nur Bayern)	201 8 ⁷										-	
APO_RP (nur RP)	201 8 ⁷										-	

¹⁵ in 201~~7~~⁶ aufgenommen und in 201~~8~~⁷ entlassen

¹⁶ in 201~~7~~⁸ aufgenommen und in 201~~8~~⁷ entlassen

Konformitätserklärung der Geschäftsführung zur Sollstatistik

Hiermit bestätigen wir die Übereinstimmung der methodischen Sollstatistik für das Erfassungsjahr 201~~8~~⁷ 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 QSKH-RL erstellt und ist an die zuständige Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung als die von der Landesebene beauftragten Stelle zu übersenden.

Die Übermittlung erfolgt elektronisch als Datensatz gemäß Spezifikation für QS-Filter-Software 201~~8~~⁷ 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 QSKH-RL.

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.

„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.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zur Spezifikation 2018

Erläuterungen zu
QS-Verfahren nach QSKH-RL

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 15. Mai 2017

Impressum

Thema:

Empfehlungen zur Spezifikation 2018. Erläuterungen zu QS-Verfahren nach QSKH-RL

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

9. Januar 2017, korrigierte Fassung vom 15. Mai 2017

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>

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
1 Einleitung.....	7
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	9
2.1 Sollstatistik	9
2.2 Datenfelder mit Mehrfachnennung.....	10
2.3 QS-relevante Standortangaben.....	12
2.4 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung	13
2.5 Redaktionelle Änderungen	14
3 Modulspezifische Empfehlungen	16
3.1 Modulspezifische Empfehlungen für die indirekten QS-Verfahren nach QSKH-RL ..	16
3.1.1 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) und zu implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)	16
3.1.2 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3).....	19
3.1.3 Herzschrittmacher-Implantation (09/1).....	20
3.1.4 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	20
3.1.5 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	21
3.1.6 Übergreifende Empfehlungen für die Module zu implantierbare Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)	22
3.1.7 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	23
3.1.8 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5).....	25
3.1.9 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6).....	25
3.1.10 Karotis-Revaskularisation (10/2).....	26
3.1.11 Gynäkologische Operationen (15/1).....	29
3.1.12 Übergreifende Empfehlungen für die Module Geburtshilfe (16/1) und Neonatologie (NEO)	30
3.1.13 Geburtshilfe (16/1).....	32
3.1.14 Neonatologie (NEO)	35
3.1.15 Mammachirurgie (18/1).....	39

3.1.16	Dekubitusprophylaxe (DEK).....	41
3.1.17	Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)	41
3.1.18	Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP), Knieendoprothesenversorgung (KEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	42
3.1.19	Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	43
3.1.20	Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Knieendoprothesenversorgung (KEP)	44
3.1.21	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1). 45	
3.1.22	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	46
3.1.23	Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP).....	49
3.1.24	Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	49
3.1.25	Knieendoprothesenversorgung (KEP)	50
3.1.26	Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	52
3.1.27	Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE).....	52
3.1.28	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	53
3.2	Modulspezifische Empfehlungen für die direkten QS-Verfahren nach QSKH-RL	55
3.2.1	Herzchirurgie (HCH).....	55
3.2.2	Zählleistungsbereich: Herzchirurgie (HCH_AORT_KATH_ENDO).....	57
3.2.3	Zählleistungsbereich: Herzchirurgie (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	57
3.2.4	Übergreifende Empfehlungen für die Module zu Transplantation und Leber spende	57
3.2.5	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) ...	58
3.2.6	Zählleistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	60
3.2.7	Zählleistungsbereich: Herztransplantation (HTXM_TX).....	60
3.2.8	Leberleber spende (LLS)	60
3.2.9	Follow-up Leberleber spende (LLSFU).....	61

3.2.10	Lebertransplantation (LTX).....	62
3.2.11	Follow-up Lebertransplantation (LTXFU)	62
3.2.12	Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX).....	62
3.2.13	Nierenlebendspende (NLS)	63
3.2.14	Follow-up Nierenlebendspende (NLSFU)	64
3.2.15	Nieren- und Pankreas- (Nieren) transplantation (PNTX)	64
3.2.16	Follow-up Nieren- und Pankreas- (Nieren) transplantation (PNTXFU)	65

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach QSKH-RL	7
Tabelle 2: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2018	8
Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3	11
Tabelle 4: Standortangaben in der Spezifikation 2018	13

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DOAK	direkte orale Antikoagulantien
ECMO	extrakorporale Membranoxygenierung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IABP	intraaortale Ballonpumpe
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
NOAK	neue orale Antikoagulantien
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PID	patientenidentifizierende Daten
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch
SM	Schrittmacher
SSW	Schwangerschaftswoche(n)
TPG	Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG)
VA-ECMO	Veno-Arteriellen extrakorporalen Membranoxygenierung

1 Einleitung

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

Grundlage der hier aufgeführten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) ist die *Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern* (QSKH-RL). Diese wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen.

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2018 empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach QSKH-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen der Verfahren resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul (Tabelle 1). Neben den Erläuterungen der Empfehlungen zur Spezifikation werden Erforderlichkeitstabellen erstellt. Diese stellen die Exportfelder für jedes Modul tabellarisch dar und ordnen sie einem Verwendungszweck zu.

Tabelle 1: Module der bestehenden QS-Verfahren nach QSKH-RL

Modulname	Modulbezeichnung
09/1	Herzschriltmacher-Implantation
09/2	Herzschriltmacher-Aggregatwechsel
09/3	Herzschriltmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel
09/6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation
10/2	Karotis-Revaskularisation
15/1	Gynäkologische Operationen
16/1	Geburtshilfe
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
18/1	Mammachirurgie
DEK	Dekubitusprophylaxe
HCH	Herzchirurgie

Modulname	Modulbezeichnung
HEP	Hüftendoprothesenversorgung
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen
HTXFU	Follow-up Herztransplantation
KEP	Knieendoprothesenversorgung
LLS	Leberlebendspende
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende
LTX	Lebertransplantation
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation
NEO	Neonatologie
NLS	Nierenlebendspende
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas- (Nieren-)transplantation

Releaseplanung

Die Releaseplanung basiert auf den Veröffentlichungszeitpunkten der Richtlinien sowie auf notwendigen Implementierungszeiträumen im Rahmen der Softwareentwicklung. Die QS-Basispezifikation für das Erfassungsjahr 2018 wird in der Version 01 nach Beschluss durch den G-BA veröffentlicht.

Tabelle 2: Releaseplanung der QS-Basispezifikation für Leistungserbringer 2018

Spezifikation	Veröffentlichung	Inhalte
2018 V01	Juni 2017	finale Version
2018 V02	September 2017	Update der finalen Version (Fehlerkorrekturen)
2018 V03	November 2017	Update der finalen Version (Aktualisierung der ICD- und OPS-Kodes gemäß aktueller DIMDI-Kataloge, Fehlerkorrekturen)
2018 V04	bei Bedarf	Patches

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Im Folgenden werden übergreifende Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018 beschrieben, die für mehr als ein Modul gelten. Diese können beispielsweise die technische Umsetzung oder eine Harmonisierung betreffen.

2.1 Sollstatistik

Laut § 137 Abs. 2 SGB V legt der G-BA in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von 100 % für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Die Dokumentationsrate wird durch einen Abgleich der in der Sollstatistik ausgewiesenen Fälle (SOLL) und der tatsächlich dokumentierten Datensätze (IST) ermittelt. Im Rahmen der Spezifikation werden für das Erfassungsjahr 2018 die folgenden Maßnahmen empfohlen, um das Erreichen einer Dokumentationsrate von 100 % zu unterstützen:

- Maßnahmen zur Verhinderung von Mehrfachdokumentation
- Identifikation dokumentationspflichtiger Teildatensätze durch auslösende OPS-Kodes
- Erhöhung der möglichen Angaben von Diagnosen und Prozeduren
- Konkretisierung der Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Maßnahmen zur Verhinderung von Mehrfachdokumentation

In den Modulen 09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6 und 17/1 war es bisher zulässig, einen gleichartigen Datensatz pro Fall mehrfach anzulegen. Um eine Mehrfachdokumentation zu verhindern, wird diese Möglichkeit ab dem Erfassungsjahr 2018 aufgehoben.

Identifikation dokumentationspflichtiger Teildatensätze durch auslösende OPS-Kodes

Beim Anlegen von Prozedurbögen sollen Softwareprodukte die auslösenden OPS-Kodes zur Identifikation der dokumentationspflichtigen Teildatensätze heranziehen. Bei der Umsetzung dieser Maßnahme ist darauf zu achten, dass auslösende Codes innerhalb einer Operation (pro OPS-Datum) nicht zur fehlerhaften Mehrfachdokumentation von Teildatensätzen führen dürfen. Die Identifikation der dokumentationspflichtigen Teildatensätze soll ab dem Erfassungsjahr 2018 in der QS-Software (QS-Filter) als verpflichtend gelten.

Erhöhung der möglichen Angaben von Diagnosen und Prozeduren

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 diesen Fällen ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren. In anderen Fällen ist das Anlegen eines Minimaldatensatzes hingegen nicht zulässig. Ob ein regulärer Datensatz oder ein Minimaldatensatz dokumentiert werden muss, steht häufig im Zusammenhang mit den kodierten ICD- und OPS-Kodes. Diese führen allerdings in der Regel nur in Kombination mit anderen Faktoren zur Dokumentation eines Minimaldatensatzes. Die ICD- und OPS-Kodes können jedoch zur Kontrolle, ob ein Minimaldatensatz oder ein regulärer Datensatz angelegt werden soll, herangezogen werden. Die

Dokumentationsrate von 100 % setzt die korrekte Dokumentation sowohl von regulären Datensätzen als auch von Minimaldatensätzen voraus. Um dies zu unterstützen, werden die Listenelemente der Datenfelder „Diagnosen“ und „Prozedur(en)“ modulübergreifend erhöht, sodass zukünftig bis zu 10 OPS-Kodes pro Operation und 30 ICD-Kodes pro Behandlungsfall dokumentierbar sind. Im Datenfeld „Prozedur(en)“ sind alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs zu dokumentieren. Dies wird ab dem Erfassungsjahr 2018 in der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes beschrieben.

Die Erhöhung der Anzahl an Listenelementen wird mit folgenden Ausnahmen modulübergreifend durchgeführt:

- Im Modul DEK ergeben sich keine Änderungen an der Anzahl von Listenelementen, da hier pro Teildatensatz nur der ICD-Kode des entsprechenden Dekubitalulcus dokumentiert werden soll.
- Die Anzahl der möglichen Listenelemente der zu dokumentierenden Diagnosen in den Modulen NEO und 16/1 werden aufgrund der QS-Verfahrens-spezifischen Datenfelder individuell angepasst. Die Anpassungen der Listenelemente werden in Abschnitt 3.1.13 (16/1) und in Abschnitt 3.1.14 (NEO) beschrieben.

Konkretisierung der Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Das Dokument „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ wird umstrukturiert und um weitere Beispielfälle ergänzt. Die Dokumentation eines regulären Datensatzes und eines Minimaldatensatzes wird in bereits bekannten Fällen voneinander abgegrenzt.

2.2 Datenfelder mit Mehrfachnennung

In einigen Datenfeldern der QS-Dokumentation ist es wichtig, eine Mehrfachnennung zu ermöglichen. Dies kann auf unterschiedliche Weise in der Spezifikation abgebildet werden. Tabelle 3 zeigt die Abbildung über sogenannte Listenfelder im Vergleich zur Abbildung über separate Ja-Leer-Felder am Beispiel des ehemaligen Moduls 21/3.

Hierbei werden die unterschiedlichen Umsetzungsmöglichkeiten in Bezug auf folgende Aspekte beschrieben:

- Abbildung in der Spezifikation
- Umsetzung von Muss- und Kann-Vorgaben
- Möglichkeiten zur Kodierung von Schlüsselwerten
- Umsetzung von Plausibilitätsregeln
- mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche der QS-Software

Tabelle 3: Listenfelder und Ja-Leer-Felder zur Ermöglichung von Mehrfachnennungen am Beispiel 21/3

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder
Abbildung in der Spezifikation	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>49 intraprozedural auftretende Ereignisse <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>wenn Feld 49 = 1</p> <p>50> intraprozedurale Ereignisse <input type="checkbox"/></p> <p>1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/></p> <p>1 = koronarer Verschluss 2 = TIA/Schlaganfall 3 = Exitus im Herzkatheterlabor 9 = sonstiges</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>53 intraprozedural auftretende Ereignisse <input type="checkbox"/></p> <p>0 = nein 1 = ja</p> <hr/> <p>wenn Feld 53 = 1</p> <p>54> koronarer Verschluss <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <hr/> <p>55> TIA/Schlaganfall <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <hr/> <p>56> Exitus im Herzkatheterlabor <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> <hr/> <p>57> sonstige <input type="checkbox"/></p> <p>1 = ja</p> </div>
Muss/Kann	Handelt es sich um ein Pflichtfeld, so ist nur das erste Element verpflichtend zu dokumentieren.	Über eine Plausibilitätsregel kann sichergestellt werden, dass mindestens eines oder genau eines der Felder dokumentiert werden muss.
Schlüsselwerte	Ein Schlüsselwert kann auch doppelt kodiert werden, z. B. kann zweimal „koronarer Herzverschluss“ angegeben werden.	Ein Feld kann nur einmal mit „ja“ beantwortet werden.
Plausibilitätsregeln	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ angegeben wurde, sind nach aktueller Spezifikation technisch nicht möglich.	Teildatensatzvergleichende Plausibilitätsregeln, z. B. zur Prüfung, ob mindestens auf einem Prozedurbogen „Exitus im Herzkatheterlabor“ mit „ja“ beantwortet wurde, sind möglich.

	Listenfeld	Ja-Leer-Felder
Mögliche Umsetzung in der Benutzeroberfläche	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software wird die Antwort beispielsweise aus einer Liste, die in Form eines Dropdown-Menüs erscheint, ausgewählt. Die Auswahl ist bei Mehrfachnennung zu wiederholen.</p>	 <p>In der Benutzeroberfläche der QS-Software erhält jede Antwortmöglichkeit ihr eigenes Steuerelement, zum Beispiel in Form einer Checkbox.</p>

Die Abbildung von Datenfeldern mit Mehrfachnennung über separate Ja-Leer-Felder bietet neben verschiedenen technischen Vorteilen eine erhöhte Benutzerfreundlichkeit in der QS-Software und ermöglicht die Umsetzung von teildatensatzübergreifenden Plausibilitätsregeln. In der Spezifikation 2018 sollen daher anstelle von Listenfeldern separate Ja-Leer-Felder umgesetzt werden. Einzige Ausnahme sind Listenfelder mit langen Schlüsselkatalogen wie z. B. ICD- oder OPS-Kodes, die als Listenfelder erhalten bleiben sollen.

Die Zusammengehörigkeit separater Felder wird durch eine spezifische Nummerierung angezeigt. Beispielsweise würden die Datenfelder im Dokumentationsbogen zu intraprozeduralen Ereignissen wie folgt nummeriert:

- **54.1** koronarer Verschluss
- **54.2** TIA/Schlaganfall
- **54.3** Exitus im Herzkatheterlabor
- **54.4** sonstige

Diese spezifische Nummerierung zusammengehöriger Datenfelder wird auch in den einzelnen modulspezifischen Empfehlungen (Kapitel 3) als Anpassung aufgeführt.

2.3 QS-relevante Standortangaben

Da die Zuordnung zum entlassenden Standort in einigen Fällen bereits zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt hat, weist das IQTIG auf die Dringlichkeit einer Regelung hin. Eine solche Regelung muss definieren, nach welchen Kriterien die Auswertungen einer bestimmten Standortangabe zuzuordnen sind. Die neu zu dokumentierenden Standortangaben sollen die Grundlage dafür schaffen, dass die Ergebnisse nicht wie bisher immer dem entlassenden Standort, sondern differenziert nach QS-Verfahren möglichst verlässlich dem erbringenden oder zuständigen Standort zugeordnet werden können.

Hierfür sollen ab dem Erfassungsjahr 2018 die in Tabelle 4 beschriebenen Angaben erhoben werden. Es werden entsprechende Ausfüllhinweise hinterlegt.

Tabelle 4: Standortangaben in der Spezifikation 2018

Modul(e)	Datenfeldbeschreibung
DEK ¹	entlassender Standort
NEO ²	neu: aufnehmender Standort
	entlassender Standort
16/1 ³	neu: diagnostizierender Standort (ICD) gemäß auslösendem ICD-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null
	neu: entbindender Standort (OPS) gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null
	entlassender Standort
PNEU	neu: aufnehmender Standort
	entlassender Standort
09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6, 17/1	neu: behandelnder Standort (OPS) gemäß auslösendem OPS-Kode, zweistellig, ggf. mit führender Null
	entlassender Standort
10/2, HCH, 15/1, HEP, KEP, 18/1, LTX, LUTX, HTXM, PNTX	neu: behandelnder Standort (OPS) gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null
	entlassender Standort

2.4 Patientenidentifizierende Daten (PID) zur Follow-up-Erhebung

Die Identifizierung der Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird in der Spezifikation mithilfe des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ durchgeführt. Das hierbei verwendete Selektionskriterium galt bisher als erfüllt, wenn das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte mit der Zeichenkette 10 beginnt.

¹ Die Nennerpopulation für das Modul DEK wird auf Basis der Risikostatistik ermittelt, die derzeit nur anhand des entlassenden Standortes bestimmt werden kann. Daher soll für das Erfassungsjahr 2018 neben dem entlassenden Standort keine zusätzliche Standortangabe erhoben werden.

² Der aufnehmende Standort bei NEO wird primär zur besseren Beurteilung des Verlegungsgeschehens in der Perinatalmedizin benötigt.

³ Beim Modul 16/1 kann die Auslösung der QS-Pflicht sowohl durch eine Diagnose als auch eine Prozedur erfolgen. Im Erfassungsbogen soll daher für die jeweilige Option eine Standortangabe ermöglicht werden. In den allermeisten Fällen wird aber der entbindende Standort bestimmbar sein und als behandelnder Standort gelten.

Das verwendete Selektionskriterium ist auch für die Personengruppe der asylsuchenden Menschen erfüllt, sodass diese Personengruppe bislang in alle datengestützten Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS-Maßnahmen) einbezogen wurde. Bei den QS-Maßnahmen, die auf in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Patienten beschränkt sind, sollen asylsuchende Menschen jedoch nicht berücksichtigt werden, solange die medizinische Versorgung auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erfolgt.

In der Sitzung der Arbeitsgruppe Externe stationäre Qualitätssicherung des G-BA am 10. August 2016 wurde die Notwendigkeit folgender Differenzierung festgestellt:

- Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen ist bei den auf Grundlage anonymer Daten durchgeführten QS-Maßnahmen in den QS-Verfahren nach Anlage 1 QSKH-RL weiterhin zu berücksichtigen.
- Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen ist bei den mit pseudonymisierten und damit personenbezogenen Patientendaten durchzuführenden QS-Maßnahmen nach Anlage 3 QSKH-RL (Verfahren mit Follow-up) auszuschließen.

Für das Erfassungsjahr 2018 soll eine Anpassung der Spezifikation erfolgen, sodass verschiedene Personengruppen identifiziert und in QS-Verfahren ein- oder ausgeschlossen werden können.

Der Ausschluss der Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird über die Einführung der folgenden Datenfelder gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V ermöglicht:

- **Versichertenart**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit der Versichertenart „1 = Mitglied“, „3 = Familienversicherter“ oder „5 = Rentner und deren Familienangehörige“ kodiert.

- **besonderer Personenkreis**

Die Personengruppe der asylsuchenden Menschen wird mit dem besonderen Personenkreis „9 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz, Auslandsversicherte“ kodiert.

Vorbehaltlich einer weiteren Prüfung durch den G-BA können mithilfe dieser Datenfelder weitere Personengruppen ein- oder ausgeschlossen werden. Die Einführung der neuen Datenfelder wird übergreifend für alle Follow-up-Verfahren empfohlen.

2.5 Redaktionelle Änderungen

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

Folgende redaktionelle Änderungen werden vorgenommen:

- Alle das Erfassungsjahr betreffenden Jahreszahlen werden um ein Jahr erhöht.
- Korrekturen der Grammatik, der Rechtschreibung sowie der Groß- und Kleinschreibung werden vorgenommen.

- Zur besseren Verständlichkeit werden Formulierungen in Ausfüllhinweisen und Datenfeldbezeichnungen optimiert.
- Abkürzungen in Ausfüllhinweisen werden erläutert.
- ICD- und OPS-Kodes, Literatur- und Quellenangaben werden aktualisiert.

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2018, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden für indirekte und direkte QS-Verfahren nach QSKH-RL beschrieben und erläutert. Die Änderungen werden nach den Komponenten „QS-Filter“, „QS-Dokumentation“ und „Erläuterungen zum Minimaldatensatz“ differenziert. Empfehlungen, die übergreifend für inhaltlich zusammengehörige Module gelten, werden jeweils in einem Abschnitt beschrieben. Weiterhin werden Empfehlungen zu Zählleistungsbereichen aufgeführt.

3.1 Modulspezifische Empfehlungen für die indirekten QS-Verfahren nach QSKH-RL

Im Folgenden werden die modulspezifischen Empfehlungen für die indirekten QS-Verfahren nach QSKH-RL beschrieben.

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

Nachfolgend werden modulübergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung und zu implantierbaren Defibrillatoren erläutert. Änderungen, die sich nur auf die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3) beziehen, werden in Abschnitt 3.1.2 erläutert. Änderungen, die nur die Module der implantierbaren Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6) betreffen, werden in Abschnitt 3.1.6 beschrieben.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zur Reizschwelle, zur P-Wellen-Amplitude und zur R-Amplitude wird angepasst, da jeweils nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Reizschwelle
- Reizschwelle nicht gemessen

- P-Wellen-Amplitude
- P-Wellen-Amplitude nicht gemessen

- R-Amplitude
- R-Amplitude nicht gemessen

Datenfelder mit Mehrfachnennung (09/2, 09/5 und 09/6)

Die Nummerierung der Datenfelder zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- kardiopulmonale Reanimation
- interventionspflichtiges Taschenhämatom
- postoperative Wundinfektion
- sonstige interventionspflichtige Komplikation

Neue Datenfelder zur Körpergröße und zum Körpergewicht bei Aufnahme (09/1 und 09/4)

In den Auswertungsmodulen 09/1 und 09/4 werden neue Indikatoren zum Strahlenschutz (gemessen anhand des Dosis-Flächen-Produkts) eingeführt. Die Angaben zu Körpergröße und -gewicht sollen der Risikoadjustierung dieser Indikatoren dienen. Hierfür werden folgende neue Datenfelder eingeführt:

- Körpergröße
- Körpergröße unbekannt
- Körpergewicht bei Aufnahme
- Körpergewicht unbekannt

Löschen der Datenfelder zum Jahr der Implantation (09/2 und 09/5)

Diese Datenfelder wurden bislang zur Berechnung der Indikatoren aus der Indikatorengruppe „Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats“ bzw. „Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats“ verwendet. Da die Indikatoren dieser Indikatorengruppe durch einen Follow-up-Indikator zur Aggregatlaufzeit ersetzt werden, werden diese Datenfelder zukünftig nicht mehr zur Indikatorberechnung benötigt und daher zur Streichung empfohlen.

Datenfelder mit Mehrfachnennung zum Zugang des Systems (09/1 und 09/4)

Die Nummerierung der Datenfelder zum Zugang des Systems wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Vena cephalica
- Vena subclavia
- andere

Datenfelder zum Dosis-Flächen-Produkt (09/1 und 09/4)

In seltenen Fällen wird bei dokumentationspflichtigen Eingriffen der Module 09/1 bzw. 09/4 keine Durchleuchtung durchgeführt. Ein nicht dokumentiertes Dosis-Flächen-Produkt (Datenfeld „Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt“ = „ja“) wird in den Indikatoren zur Strahlenbelastung als Überschreitung des Schwellenwerts gezählt. Das Datenfeld „Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt“ ist daher nur mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist. Um die Dokumentation bei nicht durchgeführter Durchleuchtung zu ermöglichen, wird das neue Datenfeld „keine Durchleuchtung durchgeführt“ eingeführt.

Die Nummerierung der Datenfelder zum Dosis-Flächen-Produkt wird angepasst, da nur eines der drei Felder ausgefüllt werden darf:

- Dosis-Flächen-Produkt
- Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt
- Keine Durchleuchtung durchgeführt

Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm² soll ebenfalls „0 (cGy)* cm²“ als Wert eingetragen werden. Um dies zu verdeutlichen, werden Ausfüllhinweise eingefügt.

Ausfüllhinweise der Datenfelder zum „System“

Die Datenfelder zum „System“ können beispielsweise mit den Schlüsselwerten „VVI“, „AAI“ oder „CRT-System“ beantwortet werden. Rückmeldungen von Krankenhäusern haben gezeigt, dass die verschiedenen Schrittmacher- bzw. Defibrillator-Systeme nicht von allen Dokumentierenden eindeutig voneinander abgegrenzt werden können. Um Fehldokumentationen in diesen Datenfeldern zu vermeiden, werden deshalb erläuternde Ausfüllhinweise eingefügt.

Löschen von Datenfeldern (09/2, 09/3, 09/4, 09/5 und 09/6)

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren in der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2017 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren. Nach weiterer Prüfung des mehrstufigen Prüfverfahrens wurden folgende weitere Datenfelder identifiziert und zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 13 (09/2) bzw. 10 (09/5) bzw. 10 (09/4) (Indikation zum Aggregatwechsel)
- Datenfeldnr. 13 (09/3) bzw. 10 (09/6) (Wundkontaminationsklassifikation)
- Datenfeldnr. 23 (09/3) bzw. 19 (09/6) (Dauer des Eingriffs)

Datenfelder „Indikation zum Eingriff am Aggregat“, „Taschenproblem“ und „Sondenproblem“ (09/3 und 09/6)

Auch wenn kein OPS-Kode für eine Aggregat- oder Sondenexplantation oder eine Systemumstellung dokumentiert wurde, konnten die Felder „Aggregatproblem“, „Taschenproblem“ und „Sondenproblem“ bisher ausgefüllt werden. Über eine weiche Plausibilitätsregel wurde jedoch nach der Indikation für diesen Eingriff gefragt.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden Dokumentationsprobleme bei diesen Datenfeldern identifiziert. Die Datenfelder wurden häufig auch dann ausgefüllt, wenn kein entsprechendes Problem vorlag. Um solche Fehldokumentationen zukünftig zu vermeiden, sollen diese Felder ab dem Erfassungsjahr 2018 zu Pflichtfeldern werden. Es werden entsprechende Schlüsselwerte eingefügt, um dokumentieren zu können, dass kein Problem vorlag.

3.1.2 Übergreifende Empfehlungen für die Module zur Herzschrittmacherversorgung (09/1, 09/2, 09/3)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen für die Module 09/1, 09/2 und 09/3 erläutert.

QS-Dokumentation:

Löschen von Datenfeldern

Nach Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern werden folgende Felder zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 58 (09/1) bzw. 32 (09/2) bzw. 56 (09/3) (Asystolie)
- Datenfeldnr. 59 (09/1) bzw. 33 (09/2) bzw. 57 (09/3) (Kammerflimmern)

Datenfelder mit Mehrfachnennung (09/1 und 09/3)

Die Nummerierung der Datenfelder zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- kardiopulmonale Reanimation
- interventionspflichtiger Pneumothorax
- interventionspflichtiger Hämatothorax
- interventionspflichtiger Perikarderguss
- interventionspflichtiges Taschenhämatom
- Sondendislokation
- Sondendysfunktion
- postoperative Wundinfektion
- sonstige interventionspflichtige Komplikation

Die Nummerierung der Datenfelder zum Ort der Sondendislokation bzw. der Datenfelder zum Ort der Sondendysfunktion wird angepasst, da jeweils nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss. Die Datenfelder werden hinter die Feldgruppe der peri- bzw. postoperativen Komplikationen verschoben.

- Sondendislokation im Vorhof
- Sondendislokation im Ventrikel
- Sondendislokation im Vorhof
- Sondendislokation im Ventrikel

Neues Datenfeld „kardiopulmonare Reanimation“

Kardiopulmonale Reanimationen (zusammen mit chirurgischen Komplikationen) sollen in einem Indikator „Interventionspflichtige Komplikationen“ ausgewertet werden. Analog zu den Modulen zur Defibrillatortherapie sollen daher auch in den Modulen zur Herzschrittmacherversorgung kardiopulmonale Reanimationen erfasst werden.

Hierfür wird dem Filterfeld „peri- bzw. postoperative Komplikation(en)“ ein neues Datenfeld „kardiopulmonare Reanimation“ untergeordnet.

3.1.3 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

QS-Filter:

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

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Persistenz der Bradykardie“

In seltenen Fällen wird ein Herzschrittmacher implantiert, obwohl keine Bradykardie vorliegt. Damit in diesen Fällen korrekt dokumentiert werden kann, sollte es möglich sein, in diesem Datenfeld auch „keine Bradykardie“ anzugeben. Hierfür wird ein neuer Schlüsselwert ergänzt.

Datenfelder mit Einfachnennung zur Ejektionsfraktion

Die Nummerierung der Datenfelder zur Ejektionsfraktion (EF) wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Ejektionsfraktion
- EF nicht bekannt

Löschen des Datenfeldes „Kammerfrequenz regelmäßig“

Die Rechenregel des Indikators „Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen“ wurde an die neuen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC, European Society of Cardiology) zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie aus dem Jahr 2013 angepasst. Gemäß dieser ESC-Leitlinien ist die Information, ob eine regelmäßige Kammerfrequenz besteht, zur Bestimmung der Herzschrittmacherindikation nicht notwendig. Aufgrund dieser Anpassung wird das Datenfeld „Kammerfrequenz regelmäßig“ nicht mehr zur Indikatorberechnung benötigt und soll ab dem Erfassungsjahr 2018 nicht mehr erhoben werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.4 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

QS-Filter:

Im Modul 09/2 sind isolierte Schrittmacher-Aggregatwechsel dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Empfehlungen für die Module der Herzschrittmacherversorgung gibt es für das Erfassungsjahr 2018 keine modulspezifischen Empfehlungen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.5 Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)**QS-Filter:**

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

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfelder „System“**

Um zu verdeutlichen, welches System in welchem Datenfeld zu dokumentieren ist, soll die Bogenfeldbezeichnung der Datenfelder zum „System“ wie folgt konkretisiert werden:

- aktives System (nach dem Eingriff) [Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems]
- explantiertes System [Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems]

Welches System in welchem Datenfeld zu dokumentieren ist, wurde bislang ausschließlich durch die Zuordnung dieser Datenfelder zu den Abschnitten „Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems“ bzw. „Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems“ kenntlich.

Das Datenfeld zum explantiertes System musste bislang nur dokumentiert werden, wenn aufgrund einer Explantation kein „postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden“ ist oder wenn eine Neuimplantation als „Art des Vorgehens“ dokumentiert wurde. Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll das Datenfeld auch dann dokumentiert werden, wenn einer der folgenden OPS-Kodes für eine Systemumstellung dokumentiert wurde:

- **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 auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem

- **5-378.b7:** Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem

Löschen von Datenfeldern zu postoperativ funktionell nicht mehr aktiven Anteilen des SM-Systems

Diese Datenfelder wurden bislang zur Berechnung der querschnittlich berechneten Indikatoren zu Komplikationen als Indikation zum Folgeeingriff verwendet. Da diese Indikatoren durch einen Follow-up-Indikator ersetzt werden, werden folgende Datenfelder zukünftig nicht mehr zur Indikatorberechnung benötigt und daher zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 30 (Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde)
- Datenfeldnr. 36 (Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde)
- Datenfeldnr. 42 (Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde)
- Datenfeldnr. 46 (Art des Vorgehens)
- Datenfeldnr. 47 (Jahr der Implantation)
- Datenfeldnr. 48 (nicht bekannt)
- Datenfeldnr. 49 (Art des Vorgehens)
- Datenfeldnr. 50 (Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde)
- Datenfeldnr. 51 (Art des Vorgehens)
- Datenfeldnr. 52 (Zeitabstand zur Implantation der Sonde)
- Datenfeldnr. 53 (Art des Vorgehens)
- Datenfeldnr. 54 (Zeitabstand zur Implantation der Sonde)

Die Ausfüllhinweise der Datenfelder zur Art des Vorgehens werden angepasst. Da die Explantation bzw. Stilllegung des alten Schrittmacher-Aggregats nicht mehr gesondert dokumentiert werden soll, wird dies in den Hinweisen entsprechend geändert.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.6 Übergreifende Empfehlungen für die Module zu implantierbare Defibrillatoren (09/4, 09/5, 09/6)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen zu den Modulen 09/4, 09/5 und 09/6 erläutert.

QS-Dokumentation:

Der G-BA beauftragte am 19. Juni 2014 das AQUA-Institut (als damalige Institution nach § 137a SGB V) mit der sektorspezifischen Weiterentwicklung der Verfahren zu implantierbaren Defibril-

latoren (09/4, 09/5, 09/6). Ziel war die Entwicklung eines stationären Follow-up für diese Verfahren. Der Bericht wurde am 19. März 2015 beim G-BA abgegeben und am 18. Juni 2015 von diesem abgenommen.

Voraussetzung für eine longitudinale Betrachtung des Behandlungsverlaufs und die Berechnung von Follow-up-Indikatoren ist die Erfassung von PID. Hierfür werden die folgenden neuen Datenfelder aufgenommen:

- Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte
- Versichertenart (siehe Abschnitt 2.4)
- besonderer Personenkreis (siehe Abschnitt 2.4)
- eGK-Versichertennummer
- Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.

Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2018

Im Rahmen der Verknüpfung werden die bisher separaten QS-Verfahren zu implantierbaren Defibrillatoren zum Leistungsbereich *Implantierbare Defibrillatoren (Implantierbare Defibrillatoren – Implantation, Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)* zusammengefasst.

Datenfeld „Perioperative Komplikation(en)“

Die Datenfeldbezeichnung des Datenfelds wird in „peri- bzw. postoperative Komplikation(en)“ umbenannt. Die entsprechende Abschnittsüberschrift wird angepasst. Die Datenfeldbezeichnung wird damit den Herzschrittmacher-Modulen angepasst.

Löschen der Datenfelder „Schocks abgegeben“ und „ineffektive Schocks“ (09/5 und 09/6)

Nach Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern werden folgende Felder zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 12 (09/5) bzw. 14 (09/6) (Schocks abgegeben)
- Datenfeldnr. 13 (09/5) bzw. 15 (09/6) (ineffektive Schocks)

3.1.7 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)

QS-Filter:

Im Modul 09/4 sind Defibrillatoren-Implantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfachnennung zur linksventrikulären Ejektionsfraktion

Die Nummerierung der Datenfelder zur linksventrikulären Ejektionsfraktion (LVEF) wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- linksventrikuläre Ejektionsfraktion
- LVEF nicht bekannt

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zur medikamentösen Herzinsuffizienztherapie wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Betablocker
- AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer
- Diuretika
- Aldosteronantagonisten
- Herzglykoside

Die Nummerierung der Datenfelder zu peri- bzw. postoperativen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- kardiopulmonale Reanimation
- interventionspflichtiger Pneumothorax
- interventionspflichtiger Hämatothorax
- interventionspflichtiger Perikarderguss
- interventionspflichtiges Taschenhämatom
- revisionsbedürftige Sondendislokation
- revisionsbedürftige Sondendysfunktion
- postoperative Wundinfektion
- sonstige interventionspflichtige Komplikation

Die Datenfelder „revisionsbedürftige Sondendysfunktion“, „postoperative Wundinfektion“ und „sonstige interventionspflichtige Komplikation“ werden entsprechend dieser Nummerierung verschoben.

Die Nummerierung der Datenfelder zum Ort der Sondendislokation bzw. zum Ort der Sondendysfunktion wird angepasst, da jeweils nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Sondendislokation der Vorhofsonde
- Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde
- Sondendislokation der linksventrikulären Sonde
- Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde
- Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)
- Sondendysfunktion der Vorhofsonde
- Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde
- Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde
- Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde
- Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)

Löschen des Datenfeldes „Position“

Nach Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern wird folgendes Feld zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 66 (Position)

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.8 Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5)**QS-Filter:**

Im Modul 09/5 sind Aggregatwechsel implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Außer den beschriebenen modulübergreifenden Änderungsempfehlungen gibt es für das Erfassungsjahr 2018 keine modulspezifischen Empfehlungen der Datenfeldbeschreibung.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.9 Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)**QS-Filter:**

Im Modul 09/6 sind Revisionen, Systemwechsel und Explantationen implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfelder mit Einfachnennung zum Jahr der Implantation**

Die Nummerierung der Datenfelder zum Jahr der Implantation wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Aggregat: Jahr der Implantation
- Jahr der Implantation nicht bekannt

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.10 Karotis-Revaskularisation (10/2)

QS-Filter:

Im Modul 10/2 sind Eingriffe an der extrakraniellen Arteria carotis interna, externa, communis mit Sinus caroticus, die offen-chirurgisch oder endovaskulär durchgeführt werden, mit Ausnahme der Transpositionen der Karotiden und unter Ausschluss von Mehrfachverletzung, Polytrauma, Aortendissektion sowie extrakorporaler Membranoxygenation (ECMO) und Prä-ECMO-Therapie dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll ein Teil der bisherigen Ausfüllhinweise zugunsten einer Konkretisierung der Bogenfeldbezeichnung, einer Präzisierung von Schlüsselwerten oder neuen ergänzenden Bezeichnungen gestrichen werden. Zur besseren Übersichtlichkeit werden außerdem Ausfüllhinweise gekürzt. Diese Anpassung soll die Verständlichkeit der Dokumentation sowie die Datenqualität erhöhen, indem wichtige Informationen direkt auf Datenfeldebene ersichtlich sind.

Neues Datenfeld „Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?“

Bisher wurde das Vorliegen eines Schlaganfalls – unabhängig davon, welche Körperseite betroffen ist – durch die folgenden Datenfelder abgefragt:

- symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)
- symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall)
- symptomatische Karotisläsion links (elektiv)
- symptomatische Karotisläsion links (Notfall)

Zur Vereinfachung der Dokumentation soll ab dem Erfassungsjahr 2018 ein neues Datenfeld „Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?“ eingeführt werden. Die oben genannten Datenfelder müssen ab dem Erfassungsjahr 2018 nur noch dokumentiert werden, wenn kein Schlaganfall vorlag. Es werden entsprechende Plausibilitätsregeln hinterlegt.

Ausfüllhinweise der Datenfelder „Karotisläsion rechts/links“

Die bisher im Ausfüllhinweis beschriebenen Informationen werden ab dem Erfassungsjahr 2018 direkt im Datenfeld hinterlegt:

- Es wird eine ergänzende Bezeichnung eingefügt, um eine asymptomatische von einer symptomatischen Läsion abzugrenzen.
- Die Kriterien für eine symptomatische Läsion werden über eine Ergänzung des Schlüsselwertes „ja, symptomatische Läsion rechts“ abgebildet.

Angabe zum Zeitraum des letzten Ereignisses bis zum ersten Eingriff an dieser Seite

Bisher wurde im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass auf Angaben des Patienten, des zuweisenden Arztes oder auch von Angehörigen zugegriffen werden kann. Ab dem Erfassungsjahr

2018 soll direkt im Datenfeld darauf hingewiesen werden, dass die anamnestischen Angaben ausreichend sind.

Das Datenfeld ist lediglich bei einer symptomatischen Läsion zu dokumentieren. Der Hinweis darauf, dass es sich bei einem Intervall, welches länger als 6 Monate zurückliegt, um eine asymptomatische Läsion handelt, wird daher gestrichen.

Da es in der Praxis vorkommen kann, dass entweder kein Eingriff an der rechten oder kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen wurde, obwohl auf beiden Seiten eine Läsion vorliegt, kann es sein, dass lediglich eines der beiden folgenden Datenfelder dokumentiert werden kann:

- Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes
- Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes

Daher wird jeweils ein zusätzliches Datenfeld „Es wurde kein Eingriff an der rechten/linken Karotis vorgenommen“ eingeführt. Über eine Plausibilitätsregel wird sichergestellt, dass mindestens einer der Zeiträume dokumentiert werden muss. Die Nummerierung der Datenfelder wird entsprechend geändert.

Datenfeld „Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)“

Bisher wurde im Ausfüllhinweis betont, dass in diesem Datenfeld das neurologische Defizit anzugeben ist, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde. Diese Information soll ab dem Erfassungsjahr 2018 direkt in der ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes ersichtlich sein. Der bisherige Ausfüllhinweis wird gestrichen.

Datenfelder „Stenosegrad rechts/links“

Der Stenosegrad ist nach NASCET-Kriterien (Kriterien des North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial) zu dokumentieren. Die Bundesfachgruppe *Gefäßchirurgie* weist darauf hin, dass die Bestimmung nach NASCET-Kriterien mittlerweile Standard ist, sodass eine Umrechnung von ECST (European Carotid Surgery Trial) nicht mehr notwendig ist. Die bisherigen Ausfüllhinweise werden daher gestrichen. Die Bogenfeldbezeichnung wird angepasst.

Datenfelder zu sonstigen Karotisläsionen der rechten/linken Seite

Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes.

Die Nummerierung der untergeordneten Datenfelder zur sonstigen Karotisläsionen der rechten bzw. der linken Seite wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- exulzierende Plaques
- Aneurysma
- symptomatisches Coiling
- Mehretagenläsion
- sonstige

Um die Diagnose der exulzierenden Plaques präziser zu beschreiben, wird das Datenfeld umbenannt in „exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung“.

In den Datenfeldern „symptomatisches Coiling“ und „Mehretagenläsion“ entfällt der bisherige Ausfüllhinweis zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes.

Datenfeld „Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)“

Die Einstufung nach ASA-Klassifikation soll durch einen Anästhesisten erfolgen. Bei Eingriffen ohne Narkose ist daher der neue Schlüsselwert „Eingriff ohne Narkose erfolgt“ anzugeben.

Der bisherige Verweis im Ausfüllhinweis, dass die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen ist, wird über eine ergänzende Bezeichnung im Datenfeld abgebildet.

Datenfeld „Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?“

Die bisher im Ausfüllhinweis hinterlegten Erläuterungen der Schlüsselwerte werden ab dem Erfassungsjahr 2018 direkt auf Datenfeldebene abgebildet. Hierfür werden die Schlüsselwerte „Ersteingriff“ und „Rezidiveingriff“ konkretisiert.

Datenfeld „präprozedurale fachneurologische Untersuchung“

Bisher wurde im Ausfüllhinweis darauf hingewiesen, dass diese Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden sollte. Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll dieser Hinweis direkt über die Bogenfeldbezeichnung abgebildet werden. Das Datenfeld wird daher umbenannt in „Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?“.

Datenfelder zu Thrombozytenaggregationshemmern

Zur besseren Verständlichkeit wird das Datenfeld „Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern“ als Frage formuliert:

- Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern?

Das Datenfeld „Welche Thrombozytenaggregationshemmer?“ wird in einzelne Ja-Leer-Felder überführt und entsprechend nummeriert.

Datenfeld „Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem“

Zur besseren Verständlichkeit wird das Datenfeld als Frage formuliert: „Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?“ Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes.

Da auch die „kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie“ seit einigen Jahren als Therapieverfahren zum Einsatz kommt, soll dieses in Form eines neuen Schlüsselwertes ergänzt werden.

Datenfelder zum neu aufgetretenen neurologischen Defizit

Der bisherige Ausfüllhinweis des Datenfeldes „neu aufgetretenes neurologisches Defizit“ entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung dieses Datenfeldes.

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Schweregrad des neurologischen Defizits“ wird gestrichen, da der Hinweis aufgrund einer bereits bestehenden Plausibilitätsregel⁴ nicht notwendig ist.

Datenfeld „Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung“

Der bisherige Ausfüllhinweis des Datenfeldes entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Datenfeldes.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.11 Gynäkologische Operationen (15/1)

QS-Filter:

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

Umstellung auf ein „langes Überliegerverfahren“

Bislang wurden für dieses QS-Verfahren Patientinnen eingeschlossen, die im Erfassungsjahr aufgenommen und bis zum 31. Januar des Folgejahres entlassen wurden. Diese Frist soll ab der Spezifikation 2018 bis zum 31. Dezember des Folgejahres verlängert werden. Dadurch wird erreicht, dass auch Fälle mit sehr langen stationären Verweildauern von der Qualitätssicherung erfasst werden.

Löschen von Einschlussprozeduren

Für das Erfassungsjahr 2018 sollen die OPS-Kodes „Andere Inzision und Exzision des Uterus: Radikale Trachelektomie“ aus dem QS-Filter gelöscht werden, da diese Eingriffe den Konisationen zuzuordnen sind.

QS-Dokumentation:

Löschen von Datenfeldern

Es wird empfohlen, folgende Datenfelder zu streichen, da sie im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung keine Verwendung finden:

- Datenfeldnr. 12 (Vorbestrahlung im OP-Gebiet)
- Datenfeldnr. 20 (Postoperative Komplikation(en))
- Datenfeldnr. 21 (Art der Komplikation)

⁴ Das Datenfeld „Schweregrad des neurologischen Defizits“ wird nur dokumentiert, wenn bis zur Entlassung bzw. bis zum nächsten (dokumentationspflichtigen) Eingriff an der Arteria carotis ein perioperativer Schlaganfall aufgetreten ist (wenn Feld „neu aufgetretenes neurologisches Defizit“ = „periprozeduraler Schlaganfall“).

- Datenfeldnr. 28 (Weitere Befunde)

Datenfeld „Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?“

Um die Verständlichkeit des Datenfeldes zu erhöhen und somit den Anteil falscher Dokumentationen zu verringern, wird die Bezeichnung des Datenfeldes „Ist das kontralaterale Ovar noch vorhanden?“ geändert in „Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?“.

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Das folgende Datenfeld wird in einzelne Ja-Leer-Felder überführt und entsprechend nummeriert:

- Art der Komplikation [intraoperative Komplikationen]

Die Nummerierung der Datenfelder zur assistierten Blasenentleerung wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- wiederholte Einmalkatheterisierung
- transurethraler Dauerkatheter
- suprapubischer Dauerkatheter

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.12 Übergreifende Empfehlungen für die Module Geburtshilfe (16/1) und Neonatologie (NEO)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen zu den Modulen 16/1 und NEO beschrieben.

Verknüpfung der QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Neonatologie*

Um den Behandlungsverlauf eines Kindes von der Geburt bis zur endgültigen Entlassung nach Hause nachvollziehen zu können, soll eine Verknüpfung der QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Neonatologie* ermöglicht werden. Weiterhin sollen auch Verlegungen zwischen zwei oder mehreren verschiedenen neonatologischen Abteilungen mehrerer Einrichtungen nachvollziehbar sein.

Hierfür werden in den Modulen 16/1 und NEO die folgenden Datenfelder eingefügt:

- **Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte**

Ergänzend zu den neuen PID wird das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte erfasst. Es dient zur Identifikation von Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Nur bei diesen dürfen PID exportiert werden. Die QS-Daten von den Patienten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, müssen auch exportiert werden – in diesem Fall ohne PID.

- **Versichertenart**

Dieses Datenfeld wird in Abschnitt 2.4 beschrieben.

- **besonderer Personenkreis**
Dieses Datenfeld wird in Abschnitt 2.4 beschrieben.
- **Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes**
In diesem Datenfeld sollen alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug, dokumentiert werden.
- **Nachname der Mutter liegt nicht vor**
Ist der Nachname der Mutter nicht bekannt, sollen keine Exklusionsschlüssel (z. B. 999) verwendet werden, da dies zu Unschärfen bei der Verknüpfung führen würde. Stattdessen soll über dieses zusätzliche Datenfeld abgebildet werden, dass der Nachname der Mutter nicht vorliegt. Über eine Plausibilitätsregel wird sichergestellt, dass nur eines der beiden Felder dokumentiert wird.
- **Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes**
In diesem Datenfeld sollen alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug, dokumentiert werden.
- **Vorname der Mutter liegt nicht vor**
Dieses Datenfeld soll dokumentiert werden, wenn der Vorname der Mutter nicht bekannt ist. Über eine Plausibilitätsregel wird sichergestellt, dass nur eines der beiden Felder dokumentiert wird.

Im Modul NEO werden zusätzlich die folgenden Datenfelder eingefügt:

- **eGK-Versichertennummer**
Zur Verknüpfung von Kindern (Fällen), die zwischen zwei oder mehreren verschiedenen Neonatologien verlegt werden, soll die Versichertennummer des Kindes erhoben werden.
- **Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.**
Dieses Datenfeld dient der Abbildung fehlender Angaben und unterstützt den Dokumentierenden bei der Korrektur falscher Angaben.

Datenfelder „laufende Nummer des Mehrlings“

Da diese Angaben im Rahmen der Verknüpfung der QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Neonatologie* Verwendung finden sollen, ist eine einheitliche Definition der Datenfelder erforderlich.

Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, soll eine laufende Nummer des Mehrlings eingetragen werden, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2.

Das Datenfeld ist im Modul NEO nur zu dokumentieren, wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt. Im Modul 16/1 ist das Datenfeld immer zu dokumentieren. Bei Einlingen ist daher eine 1 einzutragen.

Die Ausfüllhinweise werden in den Modulen 16/1 und NEO entsprechend angepasst.

Einbezogene Leistungen im Erfassungsjahr 2018

Im Rahmen der Verknüpfung werden die bisher separaten QS-Verfahren *Geburtshilfe* und *Neonatalogie* zum Leistungsbereich *Perinatalmedizin (Perinatalmedizin – Geburtshilfe, Perinatalmedizin - Neonatalogie)* zusammengefasst.

3.1.13 Geburtshilfe (16/1)

QS-Filter:

Im Modul 16/1 sind alle im Krankenhaus erfolgten Geburten dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Umstellung auf ein „langes Überliegenderverfahren“

Bislang wurden für dieses QS-Verfahren Patienten eingeschlossen, die im Erfassungsjahr aufgenommen und bis zum 31. Januar des Folgejahres entlassen wurden. Diese Frist soll ab der Spezifikation 2018 bis zum 31. Dezember des Folgejahres verlängert werden. Dadurch wird erreicht, dass auch Fälle mit sehr langen stationären Verweildauern von der Qualitätssicherung erfasst werden.

QS-Dokumentation:

Löschen von Datenfeldern

Im Rahmen der Prüfung der Verwendungszwecke von Datenfeldern der QS-Verfahren der externen Qualitätssicherung wurden bereits in der Spezifikation 2017 Exportfelder identifiziert, die lediglich für die Basisauswertung vorgesehen waren und nicht für die Qualitätsmessung herangezogen wurden. Nach weiterer Prüfung des mehrstufigen Prüfverfahrens wurden folgende weitere Datenfelder identifiziert und zur Streichung empfohlen:

- Datenfeldnr. 6 (Kliniknummer Mutter)
- Datenfeldnr. 16 (Vorstationäre Behandlung)
- Datenfeldnr. 17 (Nachstationäre Behandlung)
- Datenfeldnr. 41 (Tokolyse i.v.)
- Datenfeldnr. 42 (Dauer der i.v. Tokolyse)
- Datenfeldnr. 43 (Tokolyse oral)
- Datenfeldnr. 46 (Pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildungen)
- Datenfeldnr. 47 (Diagnose der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung)
- Datenfeldnr. 48 (Pränatal gesicherte/vermutete Fehlbildung, gesichert/Verdacht auf)
- Datenfeldnr. 49 (SSW der pränatal gesicherten/vermuteten Fehlbildung)
- Datenfeldnr. 53 (Lungenreifebehandlung: zuletzt am)
- Datenfeldnr. 60 (Tokolyse s. p.)
- Datenfeldnr. 65 (Eklampsie)
- Datenfeldnr. 98 (Aktive Pressperiode)
- Datenfeldnr. 99 (Anästhesien)
- Datenfeldnr. 100 (Allgemeinanästhesie)
- Datenfeldnr. 101 (Pudendusnästhesie)

- Datenfeldnr. 102 (Sonstige Anästhesie)
- Datenfeldnr. 103 (Epi-/Periduralanästhesie)
- Datenfeldnr. 104 (Spinalanästhesie)
- Datenfeldnr. 136 (U2 durchgeführt bei kinderärztlicher Untersuchung)
- Datenfeldnr. 138 (Fehlbildung pränatal diagnostiziert)
- Datenfeldnr. 146 (Endgültige Entlassung aus/Tod in/stationär in)
- Datenfeldnr. 155 (Uhrzeit des Todes - lebendgeborenes Kind)

Weiterhin werden folgende Datenfelder zur Streichung empfohlen, da sie nach Streichung des Qualitätsindikators „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ nicht mehr zur externen stationären Qualitätssicherung genutzt werden:

- Datenfeldnr. 84 (Blasensprung vor Wehenbeginn)
- Datenfeldnr. 85 (Datum des vorzeitigen Blasensprungs)
- Datenfeldnr. 86 (Uhrzeit des vorzeitigen Blasensprungs)
- Datenfeldnr. 87 (Zeitpunkt des vorzeitigen Blasensprungs nicht bekannt)
- Datenfeldnr. 88 (Zeitpunkt der ersten Antibiotika-Gabe nach vorzeitigem Blasensprung)
- Datenfeldnr. 89 (Beginn der Antibiotikagabe)

Angaben zu Diagnosen

Die Anzahl an Listenelementen der folgenden Datenfelder wird erhöht, sodass zukünftig bis zu 5 ICD-Kodes dokumentierbar sind:

- Datenfeldnr. 14 (Aufnahmediagnose Mutter)
- Datenfeldnr. 15 (Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit)
- Datenfeldnr. 78 (Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter)
- Datenfeldnr. 79 (weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter)
- Datenfeldnr. 147 (Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind)
- Datenfeldnr. 153 (Todesursache des lebendgeborenen Kindes)

Die Anzahl an Listenelementen des folgenden Datenfeldes wird erhöht, sodass zukünftig bis zu 10 ICD-Kodes dokumentierbar sind:

- Datenfeldnr. 139 (Diagnose Morbidität des Kindes)

Schlüsselwerte des Datenfeldes „Befunde im Mutterpass vorhanden“

Da nicht in allen Fällen ein Mutterpass existiert oder vorliegt, soll ein neuer Schlüsselwert „Schwangere erscheint ohne Mutterpass“ eingefügt werden. Das Datenfeld „Befunde im Mutterpass“ kann bei Angabe des neuen Schlüsselwertes optional befüllt werden.

Angaben zum Vortest bzw. Diagnosetest zum Gestationsdiabetes

Da nicht in allen Fällen ein Mutterpass existiert oder vorliegt, die Angaben dieser Datenfelder jedoch aus dem Mutterpass übernommen werden sollen, wird ein neuer Schlüsselwert „aus Mutterpass nicht ermittelbar“ eingefügt.

Datenfelder „Körpergewicht bei Erstuntersuchung“ und „Letztes Gewicht vor Geburt“

Um darauf hinzuweisen, dass diese Angaben aus dem Mutterpass zu erheben oder in der Klinik zu messen sind, wird der Ausfüllhinweis diesbezüglich ergänzt.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Aufnahmeart“

Ein QS-Bogen ist auch dann zu dokumentieren, wenn ein Kind beispielsweise auf dem Weg ins Krankenhaus geboren wurde, die Plazenta jedoch erst im Krankenhaus. Für die Spezifikation 2017 wurde hierzu der neu eingeführte Code 9-263 „Überwachung und Leitung der isolierten Geburt der Plazenta“ als Einschlussprozedur mit aufgenommen. Der Ausfüllhinweis wird dahingehend konkretisiert.

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zu allgemeinen behandlungsbedürftigen postpartalen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Pneumonie
- kardiovaskuläre Komplikation(en)
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- Harnwegsinfektion
- Wundinfektion/Abszessbildung
- Wundhämatom/Nachblutung
- sonstige Komplikation

Die Nummerierung der Datenfelder zu CTG-Kontrolle wird angepasst, da nur mindestens eines der beiden Felder ausgefüllt werden muss:

- externes CTG
- internes CTG

Datenfeld „Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen“

Die Geburtsdauer bei vorzeitigem Blasensprung soll nicht ab Beginn regelmäßiger Wehen, sondern ab Beginn des vorzeitigen Blasensprungs berechnet werden. Deswegen wird die Datenfeldbezeichnung um diese Angabe ergänzt: „Geburtsdauer ab Beginn regelmäßiger Wehen oder des vorzeitigen Blasensprung“. Es wird ein Ausfüllhinweis hinterlegt.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Indikation zur operativen Entbindung“

In diesem Datenfeld ist die Indikation zur operativen Entbindung zu dokumentieren. Ausnahmen sind hierbei die unspezifischen Entbindungsmodi „9-260“, „9-261“ und „9-268“. In diesen Fällen ist erstens zu entscheiden, ob es sich um eine operative oder um eine spontane Entbindung handelt, und zweitens bei einer operativen Entbindung eine Indikation zur operativen Entbindung einzutragen. Um dies zu erläutern, wird der Ausfüllhinweis entsprechend angepasst.

Datenfelder zur Blutgasanalyse einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie

Bisher konnten die Datenfelder „Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie“ und „pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie“ immer dokumentiert werden. Ab dem Erfassungsjahr 2018

sollen die Datenfelder nur dann dokumentiert werden, wenn das Datenfeld „Blutgasanalyse Nabelschnurarterie“ mit „ja“ beantwortet wurde.

Datenfelder mit Einfachnennung zum aufnehmenden Krankenhaus

Die Nummerierung der Datenfelder zum aufnehmenden Krankenhaus wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus
- Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Notfallkaiserschnitte

Bei einem Notfallkaiserschnitt ist das Anlegen eines Minimaldatensatzes nicht zulässig, unabhängig davon, ob es sich dabei um einen Schwangerschaftsabbruch oder einen Abort handelt. Die Erläuterungen zum Minimaldatensatz werden entsprechend ergänzt.

3.1.14 Neonatologie (NEO)

QS-Filter:

Im Modul NEO sind alle Fälle von Neugeborenen, die innerhalb der ersten sieben Lebenstage stationär aufgenommen oder innerhalb eines definierten Zeitraums zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 sollen die folgenden Änderungen in den Auslösekriterien umgesetzt werden.

Kinder, die im Alter von ≤ 120 Tagen zuverlegt werden

Im QS-Filter wird die Altersbegrenzung von zuverlegten Kindern im Algorithmus als Formel über die Teilbedingung „Alter in Tagen ≤ 120 Tage“, im Algorithmus in Textform jedoch über die Teilbedingung „Kinder im Alter von bis zu 4 Monaten“ definiert. Dies soll an allen relevanten Stellen im Algorithmus und bei der Beschreibung des Minimaldatensatzes einheitlich definiert werden. Da ein Alter von bis zu 4 Monaten auch bis zu 123 Tage betragen kann, soll ab dem Erfassungsjahr 2018 übergreifend die Teilbedingung „Alter in Tagen ≤ 120 Tage“ verwendet werden. Da Kinder bis zu 7 Lebenstagen nur in der stationären Qualitätssicherung betrachtet werden sollen, wenn sie entweder verstorben sind oder länger als 12 Stunden stationär behandelt wurden, wird die Teilbedingung in „8 bis 120 Lebenstage“ geändert. Dies wird in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz analog ergänzt.

Kinder, die im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen zuverlegt werden und verstorben sind

Bei Kindern, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage versterben, wird eine sofortige Dokumentationspflicht ausgelöst. Verstorbene Kinder im Alter von 8 bis 120 Lebenstagen wurden bisher nicht berücksichtigt. Um auch diese Fälle betrachten zu können, soll die Auslösebedingung diesbezüglich erweitert werden. Ab dem Erfassungsjahr 2018 sollen zuverlegte, verstorbene Kinder

dieser Altersgruppe durch den QS-Filter eingeschlossen werden, um die Vollzähligkeit der Sterblichkeit abbilden zu können.

Berechnung der Lebensstage

Da die Lebensstage unterschiedlich berechnet werden können, soll die entsprechende Teilbedingung konkretisiert werden. Um eine einheitliche Auslösung im Sinne der vergleichbaren Qualitätssicherung zu gewährleisten, wird im QS-Filter einheitlich die Formel $((\text{Aufnahmedatum} - \text{Geburtsdatum}) + 1)$ verwendet.

Ausschlussdiagnosen im Algorithmus in Textform

Die bereits vorhandenen Ausschlussdiagnosen werden im redaktionellen Sinne im Algorithmus in Textform ergänzt.

Ausschluss der Diagnosegruppen O04 und O05 (Ärztlich eingeleiteter/Sonstiger Abort)

Die Diagnosegruppen O04 (Ärztlich eingeleiteter Abort) und O05 (Sonstiger Abort) sollen in die Liste der Ausschlusskriterien aufgenommen werden, da Schwangerschaften mit diesen abortiven Ausgängen nicht dokumentiert werden sollen.

QS-Dokumentation:

Kinder mit einem Gestationsalter von $\leq 21+6$ Wochen

Eine Dokumentation soll für Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 22+0 Schwangerschaftswochen (SSW) erfolgen. Für Kinder mit einem Gestationsalter von $\leq 21+6$ SSW soll ein Minimaldatensatz angelegt werden. Um die Grenze zu verdeutlichen, wurde das Gestationsalter von $< 22+0$ SSW auf $\leq 21+6$ SSW geändert.

Der einleitende Text des Ausfüllhinweises wird diesbezüglich angepasst.

Datenfelder zum Gewicht des Kindes

Die gültigen Angaben (harte Plausibilitätsprüfung) und die Angaben ohne Warnung (weiche Plausibilitätsprüfung) werden bei den Datenfeldern „Gewicht des Kindes bei Geburt“, „Gewicht bei Aufnahme“ und „Körpergewicht bei Entlassung“ auf plausible Werte eingegrenzt:

- Gewicht des Kindes bei Geburt: 100 – 9999 g (hart), 300 – 4999 g (weich)
- Gewicht bei Aufnahme: 100 – 9999 g (hart), 300 – 4999 g (weich)
- Körpergewicht bei Entlassung: 100 – 9999 g (hart), ≥ 500 g (weich)

Datenfelder zur primär palliativen Therapie (ab Geburt)

Das Datenfeld „primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen“ soll in „primär palliative Therapie (ab Geburt)“ umbenannt werden. Dies soll verdeutlichen, dass die palliative Therapie direkt ab der Geburt stattfinden muss und nicht zu einem späteren Zeitpunkt.

Da es seit dem Erfassungsjahr 2014 keine Plausibilitätsregel mehr gibt, die die Dokumentation des Datenfeldes nur ab einem Gestationsalter ab 22+0 SSW erlaubt, wird der Feldgruppenhinweis korrigiert.

Das Datenfeld „Grund für palliative Versorgung“ wird entsprechend in „Grund für die primär palliative Therapie“ umbenannt.

Angaben zu Diagnosen

Die Anzahl an Listenelementen der folgenden Datenfelder wird erhöht, sodass zukünftig bis zu 5 ICD-Kodes dokumentierbar sind:

- Datenfeldnr. 21 (Grund für palliative Therapie)
- Datenfeldnr. 38 (Art der Fehlbildung)

Die Anzahl an Listenelementen des folgenden Datenfeldes wird erhöht, sodass zukünftig bis zu 10 ICD-Kodes dokumentierbar sind:

- Datenfeldnr. 79 (Indikation zur weiteren OP)

Datenfelder mit Einfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum externen Krankenhaus wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus
- Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kopfumfang wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Kopfumfang bei Aufnahme
- Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt

Die Nummerierung der Datenfelder zur Körpertemperatur wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Körpertemperatur bei Aufnahme
- Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt

Löschen von Datenfeldern

Folgende Datenfelder werden aufgrund fehlender Relevanz für die externe stationäre Qualitätssicherung gestrichen:

- Datenfeldnr. 39 (größtes Basendefizit)
- Datenfeldnr. 40 (Max. FiO₂)
- Datenfeldnr. 41 (Min. FiO₂)
- Datenfeldnr. 65 (Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)

Auch die beiden Datenfelder zum Beginn der Sepsis/SIRS werden gestrichen:

- Datenfeldnr. 63 (Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt)
- Datenfeldnr. 64 (Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)

Stattdessen soll das neue Datenfeld „Datum des Sepsis/SIRS-Beginns“ dokumentiert werden. Zum einen vereint es die beiden gestrichenen Datenfelder, zum anderen soll mithilfe dieses neuen Datenfeldes der Einfluss der Verweildauer bis zur ersten Sepsis in der Risikoadjustierung geprüft werden.

Ausfüllhinweise der Datenfelder zum zentralvenösen Katheter (ZVK)

Um diese im Erfassungsjahr 2017 neu aufgenommenen Datenfelder zu erläutern, werden jeweils entsprechende Ausfüllhinweise hinterlegt.

Datenfelder mit Mehrfachnennung zu Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes

Die Nummerierung der Datenfelder zu Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes wird angepasst, da nur mindestens eines der drei Felder ausgefüllt werden muss:

- OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)
- OP einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)
- Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)

Datenfelder mit Einfachnennung zum Kopfumfang

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kopfumfang wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Kopfumfang bei Entlassung
- Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Anpassungen, die sich aus den oben genannten Änderungen ergeben, werden ebenfalls in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz vorgenommen. Beispielsweise wird die Altersbegrenzung von zuverlegten Kindern von „vier Lebensmonate“ in „120 Lebenstage“ geändert.

Weiterhin gibt es für das Erfassungsjahr 2018 folgende Ergänzung in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Babyklappen-Kinder

Da in Fällen von sogenannten Babyklappen-Kindern keine Informationen zur Geburt oder zum Verlegungsgeschehen vorhanden sind, soll in diesen Fällen ein Minimaldatensatz dokumentiert werden. Die Erläuterungen zum Minimaldatensatz werden entsprechend ergänzt.

Kinder mit einem Gestationsalter von $\geq 22+0$ SSW bzw. $\leq 21+6$ SSW

Kinder, die ein Gestationsalter von $\geq 22+0$ SSW haben und mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen, sind im regulären Datensatz zu dokumentieren:

- die im Kreißaal verstorben sind oder
- die eine palliative Versorgung erhalten haben oder
- bei denen eine letale Fehlbildung diagnostiziert wurde oder
- die nach einer Interruptio Lebenszeichen zeigten.

Für Kinder mit einem Gestationsalter von $\leq 21+6$ SSW soll ein Minimaldatensatz dokumentiert werden.

3.1.15 Mammachirurgie (18/1)

QS-Filter:

Im Modul 18/1 sind alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Umstellung auf ein „langes Überliegenderverfahren“

Bislang wurden für dieses QS-Verfahren Patienten eingeschlossen, die im Erfassungsjahr aufgenommen und bis zum 31. Januar des Folgejahres entlassen wurden. Diese Frist soll ab der Spezifikation 2018 bis zum 31. Dezember des Folgejahres verlängert werden. Dadurch wird erreicht, dass auch Fälle mit sehr langen stationären Verweildauern von der Qualitätssicherung erfasst werden.

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Erkrankung an dieser Brust“

Zur Präzisierung des Unterschieds zwischen der prophylaktischen und der therapeutischen Mastektomie wird der Ausfüllhinweis um eine Erläuterung zu Schlüsselwert „prophylaktische Mastektomie“ ergänzt.

Datenfelder zu „maligne Neoplasie“

Der im langen Schlüssel „ICD-O-3 (Mammakarzinom)“ aufgeführte ICD-O-3-Kode 8140/3 wird als Schlüsselwert gestrichen. Mammakarzinome, die keinem speziellen Typ zuzuordnen sind, sollten mit dem Code 8500/3 bzw. als Duktales Carcinoma in situ (DCIS) mit dem Code 8500/2 verschlüsselt werden.

Datenfeld „Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes“

In diesem Datenfeld soll das Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes dokumentiert werden, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde). Zur Präzisierung des Datenfeldes wird eine Erläuterung im Ausfüllhinweis ergänzt. Die Bogenfeldbezeichnung wird wie folgt konkretisiert:

- Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes

Mit dieser Änderung soll eine bessere Verständlichkeit des Datenfeldes erreicht und damit der Anteil falscher Dokumentationen verringert werden.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren“

Zur Erläuterung, welche Markierungsarten mit dem Datenfeld abgefragt werden sollen, wird der Ausfüllhinweis des Datenfeldes ergänzt. Hierbei wird darauf hingewiesen, dass bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes „nein“ anzugeben ist.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes wird gestrichen, da der dort enthaltene Hinweis bereits über eine Plausibilitätsregel abgebildet wird. Das Datenfeld ist nur zu dokumentieren, wenn keine OPS-Kodes zu einer Sentinel-Lymphknoten-Biopsie kodiert wurden.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Grading“

Die Schlüsselwerte des Datenfeldes werden zur besseren Verständlichkeit um eine textliche Erläuterung der 3 Histologie-Grade ergänzt.

Datenfeld „HER2/neu Status“

Die Bogenfeldbezeichnung wird an die aktuelle *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms* angepasst. Der Zusatz „/neu“ wird daher aus der Bogenfeldbeschreibung gestrichen („HER2-Status“).

Datenfeld „histologisch gesicherte Multizentrität“

Aussagen über Multizentrität sind in der Rezidivsituation, im Gegensatz zur Primärerkrankung, nicht mehr valide möglich. Daher soll das Datenfeld ab dem Erfassungsjahr 2018 nur noch dokumentiert werden, wenn im Datenfeld „Erkrankung an dieser Brust“ der Schlüsselwert „Primärerkrankung“ kodiert wurde. Dies wird über eine Plausibilitätsregel sichergestellt.

Datenfeld zum geringsten Abstand des Tumors zum Resektionsrand

Um den in der aktuellen Leitlinie *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms* empfohlenen Sicherheitsabstand für DCIS von mindestens 2 mm abbildbar zu machen, werden die Schlüsselwerte des Datenfeldes erweitert:

- < 1 mm
- >= 1 mm bis < 2mm
- >= 2 mm
- es liegen keine Angaben vor

Der Ausfüllhinweis wird entsprechend angepasst.

Datenfeld zur Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten

Zur besseren Abgrenzung der Schlüsselwerte „ja, einzelne Lymphknoten“ und „ja, Axilladisektion“ werden Erläuterungen zur Entfernung einzelner Lymphknoten und zur Axilladisektion im Ausfüllhinweis hinterlegt. Hierbei wird erläutert, dass die Entnahme mehrerer Lymphknoten im Rahmen der Sentinel-Lymphknotenentfernung nicht gleichbedeutend mit einer Axilladisektion ist.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.16 Dekubitusprophylaxe (DEK)

QS-Filter:

Im Modul DEK sind alle Fälle von Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus“

Bisher wurde im Ausfüllhinweis darauf verwiesen, dass ein „Dekubitus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet“ gemäß dem Votum der Bundesfachgruppe *Pflege* als „Dekubitus Grad/Kategorie 3 oder 4“ interpretiert wird. Es handele sich dabei demnach um einen Dekubitus, bei dem die Wunde von Belag bedeckt ist. Die tatsächliche Tiefe könne daher nicht festgestellt werden.

Da eine inhaltliche Bewertung des „Dekubitus, Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet“ nicht vorgenommen und die Interpretation nicht durch Literatur gestützt werden kann, wird dieser Verweis mit der Spezifikation 2018 gestrichen.

Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2“

Die im Ausfüllhinweis genannten ICD-Kodes werden an die Bezeichnung der ICD-10-GM-Klassifikation angepasst.

Datenfeldbezeichnung „nicht näher bezeichneter Diabetes Mellitus“

Die Datenfeldbezeichnung wird für eine bessere Verständlichkeit geändert in „Sonstiger Diabetes mellitus“.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Ergänzung in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Zweite Aufnahme z.B. zur Rückverlegung eines Anus praeter

Wird ein Patient z.B. für eine operative Versorgung eines Dekubitus aufgenommen und deswegen ein Anus praeter angelegt, kann es bei einer zweiten Aufnahme des Patienten zur Rückverlegung des Anus praeter sein, dass als Hauptdiagnose der Dekubitus angegeben werden muss.

In diesem Fall ist für den zweiten Aufenthalt ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.

3.1.17 Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)

Die Risikostatistik ermittelt auf der Grundlage von allen vollstationären Behandlungsfällen des Krankenhauses das Auftreten von Risikofaktoren für die Entstehung von Dekubitalulcera. Geprüft werden hierbei nur Patienten ab 20 Jahren, die im Erfassungsjahr entlassen und im selben Jahr oder im Vorjahr aufgenommen wurden.

Aufgrund der hohen Anzahl an möglichen Konstellationen in der Risikostatistik sollen die Datensätze ab dem Erfassungsjahr 2018 fallbezogen geliefert werden. Dies reduziert den Aufwand bei der Erstellung der Risikostatistik, bei der Datenentgegennahme und der Auswertung.

Hieraus ergeben sich folgende Änderungen:

- Die Datenfelder „Alter 34 – 46“ bis „Alter ab 86“ entfallen zugunsten eines neuen Datenfeldes „Alter“.
- Die Datenfelder „Dauer der Beatmung 25 bis 72 Stunden“ bis „Dauer der Beatmung über 240 Stunden“ entfallen zugunsten eines neuen Datenfeldes „Dauer der Beatmung“.
- Das Datenfeld „Anzahl Datensätze“ entfällt, da es aufgrund des Fallbezugs nicht mehr benötigt wird.

3.1.18 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP), Knieendoprothesenversorgung (KEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen für die Module 17/1, HEP und KEP beschrieben.

QS-Dokumentation:

Datenfelder zur Gehstrecke (bei Aufnahme, vor der Fraktur, bei Entlassung)

Zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern werden die Antwortmöglichkeiten für das Datenfeld „Gehstrecke“ präzisiert. Beispielsweise wird der Schlüsselwert „unbegrenzt“ in „unbegrenzt (> 500 m)“ umbenannt.

Um darzustellen, dass bei der Anamnese der Gesundheitszustand des Patienten vor dem Krankenhausaufenthalt abgebildet werden soll, wird der Ausfüllhinweis zur Gehstrecke bei Aufnahme ergänzt.

Datenfelder zu behandlungsbedürftigen Komplikationen

Die Nummerierung der Datenfelder zu spezifischen behandlungsbedürftigen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- primäre Implantatfehlage
- sekundäre Implantatdislokation
- OP- oder interventionsbedürftige/-s Nachblutung/Wundhämatom
- OP- oder interventionsbedürftige Gefäßläsion
- bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden
- Fraktur
- reoperationspflichtige Wunddehiszenz
- reoperationspflichtige sekundäre Nekrose der Wundränder
- sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden“ wird gestrichen, da die Bogenfeldbezeichnung die zu dokumentierende Angabe ausreichend beschreibt.

Die Nummerierung der Datenfelder zu allgemeinen behandlungsbedürftigen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Pneumonie
- behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)
- tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose
- Lungenembolie
- katheterassoziierte Harnwegsinfektion
- Schlaganfall
- akute gastrointestinale Blutung
- akute Niereninsuffizienz
- sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen

Datenfeld „neu aufgetretener Dekubitus“

Da Aspekte zu neu aufgetretenen Dekubitalulcera bereits über das QS-Verfahren *Pflege: Dekubitusprophylaxe* abgefragt werden, wird die Streichung des Datenfeldes in den Modulen Hüftendoprothesenversorgung und Knieendoprothesenversorgung und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung empfohlen.

3.1.19 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen für die Module HEP und 17/1 beschrieben.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Mehrfachnennung: „Art der Medikation“

Das Datenfeld „Art der Medikation“ wird in folgende einzelne Ja-Leer-Felder überführt und entsprechend nummeriert:

- Vitamin-K-Antagonisten
- Thrombozytenaggregationshemmer
- DOAK/NOAK
- sonstige

Da „Acetylsalicylsäure“ ebenfalls einen „Thrombozytenaggregationshemmer“ darstellt, werden diese beiden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Acetylsalicylsäure wird in einigen Fällen in Kombination mit Dipyridamol verschrieben. Die ergänzende Bezeichnung wird entsprechend ergänzt.

Die Antwortmöglichkeit „direkte Thrombininhibitoren“ wird an die gängige Bezeichnung „NOAK/DOAK“ angepasst, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Bislang sollte die Gabe von Fondaparinux über den Schlüsselwert „sonstige“ dokumentiert werden. Da Fondaparinux jedoch ein Arzneimittel darstellt, welches zur postoperativen Versorgung

genutzt wird, soll es als Beispiel in diesem, die präoperative Anamnese betreffenden Datenfeld gestrichen werden.

Datenfelder zu Präventionsmaßnahmen

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche zum entsprechenden Qualitätsindikator wurden die Datenfelder zur Sturzprophylaxe geprüft. Die Recherche ergab, dass die Sturzprophylaxe nach einer Hüftoperation erst ab einem Alter von 65 Jahren ein Qualitätsmerkmal darstellt und die Datenfelder zu Präventionsmaßnahmen dahingehend konkretisiert werden können. Diese sollen ab dem Erfassungsjahr 2018 nur noch bei Patienten ab 65 Jahren dokumentiert werden, da der Indikator zur Sturzprophylaxe nur diese Altersgruppe betrachten soll.

Laut Studienlage und Aussage der Bundesfachgruppe *Orthopädie und Unfallchirurgie* liegt das Hauptaugenmerk für Qualitätssicherung der Sturzprophylaxe darauf, dass multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe durchgeführt werden. Multimodale Maßnahmen müssen individuell an die Patientenbedürfnisse angepasst werden und können vielfältig sein. Die bisher erhobenen Einzelmaßnahmen stellen lediglich einen Bruchteil der denkbaren Maßnahmen dar.

Die folgenden Datenfelder werden daher zur Löschung empfohlen:

- Datenfeldnr. 54 (17/1) bzw. 103 (HEP) (Patient hat Gehtraining erhalten)
- Datenfeldnr. 55 (17/1) bzw. 104 (HEP) (Patient hat Hilfsmittel erhalten (z.B. Gehhilfen) und deren Anwendung wurde trainiert)
- Datenfeldnr. 56 (17/1) bzw. 105 (HEP) (Medikation des Patienten wurde überprüft und ggf. angepasst)
- Datenfeldnr. 57 (17/1) bzw. 106 (HEP) (Patient und/oder Angehörige wurden über das individuelle Sturzrisiko des Patienten, über potenzielle Gefahrenquellen im häuslichen Umfeld und über mögliche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe aufgeklärt)

Das Datenfeld „Wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?“ soll sich weiterhin auf individuelle Maßnahmen beziehen. Daher wird dieses in „Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?“ umbenannt.

Der Verweis auf den Expertenstandard *Sturzprophylaxe in der Pflege* des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wird in der ergänzenden Bezeichnung sowie im Ausfüllhinweis der Datenfelder zu Präventionsmaßnahmen gestrichen, da sich dieser Expertenstandard nicht speziell auf Patienten mit einer Hüftoperation bezieht.

3.1.20 Übergreifende Empfehlungen für die Module Hüftendoprothesenversorgung (HEP) und Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Im Folgenden werden modulübergreifende Empfehlungen für die Module HEP und KEP beschrieben.

QS-Dokumentation:**Ausfüllhinweise der Datenfelder zu Schmerzen**

Das Kriterium „Schmerzen“ ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Dies gilt unabhängig davon, ob die Schmerzen durch Behandlungsmaßnahmen beherrschbar sind oder nicht. Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes wird dementsprechend angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation“

Es werden vermehrt Schnelltests zur Bestimmung von Entzündungen im Gelenk eingesetzt, die ein Indikationskriterium für einen Endoprothesenwechsel darstellen. Der Nachweis gilt erst dann als negativ, wenn die Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll auch die Antwortmöglichkeit „durchgeführt positiv“ präziser erläutert werden. Liegt der Befund einer Infektion vor, ist auch vor dem Ablauf der Bebrütung über mindestens 14 Tage die Indikationsstellung erfüllt. Der Ausfüllhinweis wird entsprechend ergänzt.

Streichung des Datenfeldes zu histopathologischen Untersuchungen und Befunden

Die Bundesfachgruppe *Orthopädie und Unfallchirurgie* erläutert, dass der histopathologische Befund nur einen geringfügigen Einfluss auf eine Indikationsstellung hat. Da dieses Datenfeld daher keine Verwendung zur Indikatorberechnung findet, soll es mit der Spezifikation 2018 gelöscht werden.

3.1.21 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)**QS-Filter:**

Im Modul 17/1 sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Dokumentationspflicht ab 18 Jahren

Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll im Sinne einer Vereinheitlichung analog zu den Modulen HEP und KEP eine Dokumentationspflicht bereits bei Patienten ab 18 Jahren ausgelöst werden.

Ausschluss bösartige Neubildungen, juvenile Arthritis, angeborene Fehlbildungen

Da diese Krankheitsbilder im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung keine Relevanz haben, sollen diese analog zum Modul HEP im Modul 17/1 als Zielpopulation über den QS-Filter ausgeschlossen werden.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es abgesehen von den bereits dargestellten übergreifenden Änderungen keine weiteren modulspezifischen Änderungen in der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderung in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Krankheitsbilder der bösartigen Neubildungen

Die Krankheitsbilder der bösartigen Neubildungen, der juvenilen Arthritis sowie der angeborenen Fehlbildungen sollen wie erwähnt ab dem Erfassungsjahr 2018 im Modul 17/1 als Zielpopulation über den QS-Filter ausgeschlossen werden. Bei einer tumorbedingten Hüftfraktur/Femurfraktur ist die Dokumentation eines Minimaldatensatzes ab dem Erfassungsjahr 2018 daher nicht mehr notwendig.

3.1.22 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)**QS-Filter:**

Im Modul HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patienten ab 18 Jahre dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Ausschluss von Acetabulumfrakturen

Acetabulumfrakturen gehören zu den seltenen traumatischen Erkrankungen. Da diese nicht angemessen über die Datenfelder der QS-Dokumentation abgebildet werden können, wurde bisher in diesen Fällen die Dokumentation eines Minimaldatensatzes empfohlen. Die Diagnose S32.4 nach der ICD-10-GM-Klassifikation (Fraktur des Acetabulums) soll daher ab dem Erfassungsjahr 2018 direkt als Ausschlussdiagnose in den QS-Filter aufgenommen werden.

Löschen von Einschlussprozeduren

Die Indikationsstellung der Prozeduren 5-821.18, 5-821.2a und 5-821.2b lässt sich nur schwer abbilden, da sie in vielen Fällen präventiv zur Serom- oder Hämatomausräumung und bisher kaum als alleinige Prozeduren zur Therapie der betrachteten degenerativen Erkrankungsbilder durchgeführt werden. Es wird daher empfohlen, diese OPS-Kodes aus der Liste der Einschlussprozeduren zu löschen:

- **5-821.18:** Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Wechsel des Aufsteckkopfes
- **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

QS-Dokumentation:**Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Art des Eingriffs“**

Um Unklarheiten bei der Dokumentation der Eingriffsart zu beseitigen, soll der Ausfüllhinweis beschreiben, welche Prozeduren über welche Teildatensätzen zu dokumentieren sind.

- **„endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“:** Im Teildatensatz „hüftgelenknahe Femurfraktur“ werden Fälle mit einer Schenkelhalsfraktur oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.
- **„elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“:** Im Teildatensatz „elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out oder Pseudarthrose nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.
- **„Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels“ bzw. „Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels“:** Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen als auch die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation in diesem Teildatensatz zu dokumentieren.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „vorbestehende Koxarthrose“

Das Datenfeld soll mit „ja“ beantwortet werden, wenn eines von bestimmten röntgenologischen Kriterien erfüllt ist. Zur besseren Verständlichkeit werden diese röntgenologischen Kriterien in Anlehnung an den Kellgren-Lawrence-Score analog zum Modul 17/1 im Ausfüllhinweis beschrieben.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „hüftgelenknahe Femurfraktur – Einteilung nach Garden“

Zum besseren Verständnis wird die Garden-Klassifikation analog zum Modul 17/1 im Ausfüllhinweis aufgeführt.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“

Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z. B. Osteosynthesen) an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde. Um dies zu erläutern, wird in Anlehnung an das Modul KEP ein entsprechender Ausfüllhinweis hinterlegt.

Neues Datenfeld zur Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“

Bislang konnten die Fälle mit Pseudarthrose oder Cut-out nicht über die QS-Dokumentation abgebildet werden. Für das Erfassungsjahr 2018 wird empfohlen, diese Fälle über den Schlüsselwert „elektive Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ im Datenfeld „Art des Eingriffs“ abzubilden. Auf dem Teildatensatz „Elektive Hüftendoprothesenerstimplantation“ soll im Abschnitt „Präoperative Anamnese“ daher folgendes neues Datenfeld eingeführt werden:

- Erstimplantation Endoprothese: Indikation „mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out“ liegt vor

Wurde bereits vor der Endoprothesenimplantation eine Osteosynthese durchgeführt, die eine Pseudarthrose bzw. einen Cut-out zur Folge hatte, soll diese Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation in diesem Datenfeld bestätigt werden. Das Datenfeld ist nur zu

dokumentieren, wenn das Datenfeld „Wurde eine Voroperation am Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?“ mit „ja“ beantwortet wurde.

Datenfelder mit Mehrfachnennung zu spezifischen röntgenologischen/klinischen Befunden vor der Prothesenexplantation

Die Nummerierung der Datenfelder zu spezifischen röntgenologischen/klinischen Befunden wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Implantatbruch
- Implantatabrieb/-verschleiß
- Implantatfehlage der Pfanne
- Implantatfehlage des Schafts
- Lockerung der Pfannenkomponente
- Lockerung der Schaftkomponente
- Osteolyse der Pfanne
- Osteolyse des Femurs
- periprothetische Fraktur
- Endoprothesen(sub)luxation
- großer Knochendefekt Pfanne
- großer Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)
- Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation
- periartikuläre Ossifikation

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Ergänzungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer subtrochantären Fraktur, Femurschaftfraktur oder distalen Fraktur

Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren

Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur

Die Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur im Rahmen eines akut eingetretenen traumatischen Ereignisses ist im Teildatensatz „Hüftgelenknahe Femurfraktur“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.

Erstimplantation einer Endoprothese nach Cut-out oder Pseudarthrose

Die Erstimplantation einer Endoprothese nach vorheriger osteosynthetischer Versorgung mit nachfolgendem Cut-out oder nachfolgender Pseudarthrose ist im Teildatensatz „Elektive Erstimplantation“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.

Wechsel einer Endoprothese und periprothetische Fraktur

Periprothetische Frakturen wie beispielsweise distale oder subtrochantäre Frakturen bei liegender Prothese sind im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.

Zweizeitiger Wechsel

Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ des regulären Datensatzes werden sowohl die einzeitigen als auch die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Gegebenenfalls sollte bei Kodierung des zweizeitigen Wechsel mit einem Implantationskode der Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) dokumentiert werden.

3.1.23 Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)**Information zum Zählleistungsbereich:**

Der Zählleistungsbereich HEP_IMP beinhaltet alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Hüftendoprothese.

Ausschluss von Acetabulumfrakturen

Die Diagnose S32.4 nach der ICD-10-GM-Klassifikation (Fraktur des Acetabulums) soll analog zum Modul HEP ab dem Erfassungsjahr 2018 als Ausschlussdiagnose in den QS-Filter aufgenommen werden.

3.1.24 Zählleistungsbereich Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)**Information zum Zählleistungsbereich:**

Der Zählleistungsbereich HEP_WE beinhaltet alle Patienten ab 18 Jahre mit einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation.

Ausschluss von Acetabulumfrakturen

Die Diagnose S32.4 nach der ICD-10-GM-Klassifikation (Fraktur des Acetabulums) soll analog zum Modul HEP ab dem Erfassungsjahr 2018 als Ausschlussdiagnose in den QS-Filter aufgenommen werden.

Löschen von Einschlussprozeduren

Die OPS-Kodes 5-821.18, 5-821.2a und 5-821.2b sollen analog zum Modul HEP aus der Liste der Einschlussprozeduren gelöscht werden (Abschnitt 3.1.22).

3.1.25 Knieendoprothesenversorgung (KEP)

QS-Filter:

Im Modul KEP sind alle Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder unikondylären Schlittenprothese und alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patienten ab 18 Jahre dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Löschen von Einschlussprozeduren

Die Indikationsstellung der Prozeduren 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0 und 5-823.f0 lässt sich nur schwer abbilden, da sie in vielen Fällen präventiv zur Serom- oder Hämatomausräumung und bisher kaum als alleinige Prozeduren zur Therapie der betrachteten degenerativen Erkrankungsbilder durchgeführt werden. Es wird daher empfohlen, diese OPS-Kodes aus der Liste der Einschlussprozeduren zu löschen:

- **5-823.19:** Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Inlaywechsel
- **5-823.27:** Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel
- **5-823.b0:** Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel
- **5-823.f0:** Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Nur Inlaywechsel

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegen Fehlstellungen des Knies vor?“

Die Angaben zum schweren Varus- oder Valgusknie sollen in Bezug auf den damit verbundenen intraoperativen Aufwand und ggf. verzögerte Beweglichkeiten erhoben werden. Hiermit sind Achsabweichungen von $\geq 10^\circ$ gemeint, die eine entsprechende Weichteilbalancierung oder eventuell den Einsatz einer Prothese, die das hintere Kreuzband ersetzt, erfordern.

Zur Präzisierung der Definition des Varus- bzw. Valgusknies wird der Ausfüllhinweis angepasst.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Art des Eingriffs“

Um Unklarheiten bei der Dokumentation der Eingriffsart zu beseitigen, soll der Ausfüllhinweis beschreiben, welche Prozeduren über welchen Teildatensatz zu dokumentieren sind.

- **„elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“:** Im Teildatensatz „elektive Knie-Endoprothesen-Erstimplantation“ werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dokumentiert, die einen ersten Kniegelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten.

- **„einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ bzw. „Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels“:** Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ werden sowohl die einzeitigen als auch die zweizeitigen Wechseleinriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation in diesem Teildatensatz zu dokumentieren.

Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Wurde eine Voroperation am Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?“

Da auch Voroperationen, die nicht in dem eigenen Krankenhaus erbracht wurden, zu dokumentieren sind, wird der Ausfüllhinweis entsprechend erweitert.

Datenfeld „Wird die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?“

Um Missverständnisse zu vermeiden, wird das Datenfeld in Bezug auf die gewählte Zeitform umbenannt:

- Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?

Der Abschnitt „Implantation einer Schlittenprothese“ wird zur besseren Verständlichkeit in „Implantation einer unikondylären Schlittenprothese“ umbenannt.

Datenfelder mit Mehrfachnennung zu spezifischen röntgenologischen/klinischen Befunden vor der Prothesenexplantation

Die Nummerierung der Datenfelder zu spezifischen röntgenologischen/klinischen Befunden wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Implantatbruch
- Implantatfehlage/Malrotation
- Implantatwanderung
- Lockerung der Femur-Komponente
- Lockerung der Tibia-Komponente
- Lockerung der Patella-Komponente
- Substanzverlust Femur
- Substanzverlust Tibia
- periprothetische Fraktur
- Endoprothesen(sub)luxation
- Instabilität des Gelenks
- bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose
- Patellaneekrose
- Patellaluxation
- Patellaschmerz

Isolierte Inlaywechsel sollen wie erwähnt ab dem Erfassungsjahr 2018 nicht mehr betrachtet werden und werden daher als Einschlusskriterium im QS-Filter gestrichen. Der Röntgenbefund

„Abrieb/Defekt des PE Inlays“ kann daher nicht mehr als Indikation für einen Wechseleingriff dienen. Das Datenfeld wird deshalb zur Streichung empfohlen.

Da lediglich die Angabe zur „Instabilität des Gelenkes“ zur Auswertung benötigt wird, ist eine Differenzierung zwischen „Instabilität der Seitenbänder“ und „Instabilität des hinteren Kreuzbandes“ nicht notwendig. Um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren, werden diese Datenfelder zusammengefasst.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Ergänzungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund kniegelenknaher Fraktur

Die Erstimplantation einer Knieendoprothese (Voll- oder Teilersatz) aufgrund einer kniegelenknahen Fraktur (z. B. Fraktur des proximalen Endes der Tibia oder distale Fraktur des Femurs als akut eingetretenes traumatisches Ereignis) ist im Minimaldatensatz zu dokumentieren.

Zweizeitiger Wechsel

Im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ des regulären Datensatzes werden sowohl die einzeitigen als auch die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Die DIMDI-Empfehlung zur Kodierung des zweizeitigen Wechsel ggf. mit einem Implantationskode und dem Zusatzkode 5-829.n (Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation) ist zu beachten.

3.1.26 Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)

Information zum Zählleistungsbereich:

Der Zählleistungsbereich KEP_IMP beinhaltet alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Knieendoprothese oder unikondylären Schlittenprothese.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Informationen zum Zählleistungsbereich.

3.1.27 Zählleistungsbereich Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)

Information zum Zählleistungsbereich:

Der Zählleistungsbereich KEP_WE beinhaltet alle Patienten ab 18 Jahre mit einem Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation.

Löschen von Einschlussprozeduren

Die OPS-Kodes 5-823.19, 5-823.27, 5-823.b0 und 5-823.f0 sollen analog zum Modul KEP aus der Liste der Einschlussprozeduren gestrichen werden (Abschnitt 3.1.25).

3.1.28 Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

QS-Filter:

Im Modul PNEU sind Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden, bei Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Ab dem Erfassungsjahr 2018 sollen bisherige Ausfüllhinweise zugunsten einer Konkretisierung der Bogenfeldbezeichnung, einer Präzisierung von Schlüsselwerten oder neuen ergänzenden Bezeichnungen gestrichen werden. Zur besseren Übersichtlichkeit werden Ausfüllhinweise gekürzt. Diese Anpassung soll die Verständlichkeit der Dokumentation sowie die Datenqualität erhöhen, indem wichtige Informationen direkt auf Datenfeldebene ersichtlich sind.

Datenfeld „Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung“

Ein Abschnitt des Ausfüllhinweises entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Bogenfeldes.

Datenfeld „Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung“

Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt zugunsten einer Konkretisierung der Bogenfeldbezeichnung:

- Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung

Datenfeld „chronische Bettlägerigkeit“

Die bisher im Ausfüllhinweis aufgeführte Definition der chronischen Bettlägerigkeit entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Bogenfeldes.

Datenfeld „bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung“

Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt zugunsten einer Konkretisierung der Bogenfeldbezeichnung:

- bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d. h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle

Es wird eine ergänzende Bezeichnung im Bogenfeld hinterlegt. Hinweise auf die Dokumentation der Datenfelder „Desorientierung“ bis „Blutdruck diastolisch“ werden im Ausfüllhinweis gestrichen, da sie bereits über eine Plausibilitätsregel abgebildet werden.

Datenfelder „Desorientierung“

Der bisherige Ausfüllhinweis wird zugunsten einer Konkretisierung der Bogenfeldbezeichnung gekürzt:

- Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z. B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?
- Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstörung (z. B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?

Es wird eine ergänzende Bezeichnung im Bogenfeld hinterlegt.

Datenfelder mit Einfachnennung zur spontanen Atemfrequenz

Die Nummerierung der Datenfelder zur spontanen Atemfrequenz wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- spontane Atemfrequenz
- spontane Atemfrequenz nicht bestimmt

Ausfüllhinweise der Datenfelder „Blutdruck systolisch“ und „Blutdruck diastolisch“

Der Hinweis, dass in diesen Datenfeldern das Ergebnis der ersten Messung des Blutdrucks bei der Aufnahme dokumentiert werden soll, wird gestrichen, da dies bereits über eine ergänzende Bezeichnung abgebildet wird.

Datenfeld „Beginn der Mobilisation“

Mobilisation kann selbständig oder mit Hilfe erfolgen. Eine entsprechende ergänzende Bezeichnung wird hinzugefügt.

Löschen des Datenfeldes „Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthalts“

Da die Angaben des Datenfeldes im Rahmen der Indikatorberechnung keine Anwendung mehr finden, soll die Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (= 120 h) des Aufenthalts im Erfassungsjahr 2018 nicht mehr erhoben werden.

Datenfeld „maschinelle Beatmung“

Der bisherige Ausfüllhinweis entfällt zugunsten einer ergänzenden Bezeichnung des Bogenfeldes.

Datenfeld „Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?“

Da Hinweise in der Patientenakte wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ nicht ausreichend sind, um das Datenfeld mit „ja“ zu beantworten, wird eine entsprechende ergänzende Bezeichnung eingefügt.

Neue Exportfelder zum Datenfeld „Datum des Eintrags in der Patientenakte“

Da der Eintrag in der Patientenakte, ob während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde, häufig kurz vor der Entlassung erfolgt, soll die Differenz zwischen Entlassungsdatum und Eintragsdatum und die Differenz zwischen Aufnahme- und Eintragsdatum berechnet werden. Die neuen Exportfelder sollen im Rahmen des strukturierten Dialoges Anwendung finden. Eine Anpassung der Datenfelder ist hierfür nicht notwendig.

Ausfüllhinweise der Datenfelder zur Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

Die bisherigen Ausfüllhinweise werden bei den folgenden Datenfeldern gekürzt:

- Desorientierung
- stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme
- spontane Atemfrequenz
- Temperatur
- Sauerstoffsättigung
- Blutdruck systolisch

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.2 Modulspezifische Empfehlungen für die direkten QS-Verfahren nach QSKH-RL

Im Folgenden werden die modulspezifischen Empfehlungen für die direkten QS-Verfahren nach QSKH-RL beschrieben.

3.2.1 Herzchirurgie (HCH)

QS-Filter:

Im Modul HCH sind in einem Katalog von Einschlussprozeduren definierte operative Leistungen bei erworbenen Koronarerkrankungen sowie operative oder kathetergestützte Klappenersatz/-wechsel bei Aortenklappenerkrankungen bei Patienten über 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder „Körpergröße“ und „Körpergewicht bei Aufnahme“

Die gültigen Angaben werden bei den Datenfeldern „Körpergröße“ und „Körpergewicht bei Aufnahme“ auf plausible Werte eingegrenzt:

- Die harte Untergrenze wird in beiden Datenfeldern von 0 auf 1 geändert. Eine Angabe von 0 ist dann in beiden Datenfeldern nicht mehr möglich.
- Für das Feld „Körpergewicht bei Aufnahme“ wird außerdem eine harte Obergrenze von 500 eingeführt.

Die Nummerierung der Datenfelder wird angepasst, da jeweils nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Körpergröße
- Körpergröße unbekannt

- Körpergewicht bei Aufnahme
- Körpergewicht unbekannt

Datenfeld „akute Infektion(en)“

Da das zeitweilige Vorhandensein von Bakterien im Blut in diesem Datenfeld nicht als akute Infektion betrachtet wird, soll der Schlüsselwert „Bakteriämie“ in „Sepsis“ umbenannt werden. Der Ausfüllhinweis wird entsprechend angepasst.

Datenfelder mit Einfachnennung zum Kreatininwert

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

Datenfelder mit Mehrfachnennung zur Art der Grafts

Die Nummerierung der Datenfelder zur Art der Grafts wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- ITA links
- Sonstige Grafts

Datenfelder zu intraprozeduralen Komplikationen

Die Nummerierung der Datenfelder zu intraprozeduralen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Device-Fehlpositionierung
- Koronarostienverschluss
- Aortendissektion
- Annulus-Ruptur
- Perikardtamponade
- LV-Dekompensation
- Hirnembolie
- Aortenregurgitation ≥ 2 . Grades
- Rhythmusstörungen
- Device-Embolisation
- vaskuläre Komplikation

Die Definition vaskulärer Komplikationen wird im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „vaskuläre Komplikationen“ auf Empfehlung der Bundesfachgruppe *Herzchirurgie* an die internationalen VARC-2-Kriterien (Kriterien des Valvular Academic Research Consortium) angepasst.

Datenfelder mit Einfachnennung zum Dosis-Flächen-Produkt

Die Nummerierung der Datenfelder zum Dosis-Flächen-Produkt wird angepasst, da nur eines der beiden Felder ausgefüllt werden darf:

- Dosis-Flächen-Produkt
- Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt

Datenfelder zu arteriellen Gefäßkomplikationen

Die Nummerierung der Datenfelder zu arteriellen Gefäßkomplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Gefäßruptur
- Dissektion
- Blutung
- Hämatom
- Ischämie

Die Definition schwerer Blutungen wird im Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Blutung“ auf Empfehlung der Bundesfachgruppe *Herzchirurgie* an die internationalen VARC-2-Kriterien angepasst.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.2.2 Zählleistungsbereich: Herzchirurgie (HCH_AORT_KATH_ENDO)

Information zum Zählleistungsbereich:

Der Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_ENDO beinhaltet alle kathetergestützten endovaskulären Aortenklappenimplantationen bei Aortenklappenerkrankungen bei Patienten über 18 Jahren.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Informationen zum Zählleistungsbereich.

3.2.3 Zählleistungsbereich: Herzchirurgie (HCH_AORT_KATH_TRAPI)

Information zum Zählleistungsbereich:

Der Zählleistungsbereich HCH_AORT_KATH_TRAPI beinhaltet alle kathetergestützten transapikalen Aortenklappenimplantationen bei Aortenklappenerkrankungen bei Patienten über 18 Jahren.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Informationen zum Zählleistungsbereich.

3.2.4 Übergreifende Empfehlungen für die Module zu Transplantation und Lebendspende

Im Folgenden werden die modulübergreifenden Empfehlungen für die Module zu Transplantation und Lebendspenden, sowie für die zugehörigen Follow-up-Module erläutert.

QS-Dokumentation:**Datenfeld zur Erfassung des Vorliegens der Einwilligung des Patienten**

Lt. § 15 Transplantationsgesetz (TPG) ist für die Verarbeitung der erhobenen Daten durch das Transplantationsregister die datenschutzrechtliche Einwilligung der Patienten notwendig. Um diese Einwilligung abzufragen, werden in den betroffenen Modulen das folgende neue Datenfeld und ein zugehöriger Ausfüllhinweis eingefügt:

- Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung der Daten an das TX-Register vor?

3.2.5 Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)**QS-Filter:**

Im Modul HTXM sind alle Herztransplantationen und alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen dokumentationspflichtig.

Die in der QS-Filter-Anwenderinformation aufgeführte Textdefinition wird angepasst. Der Zusatz „außer ECMO und IABP“ wird gestrichen, da zum einen die Veno-Arteriellen extrakorporalen Membranoxygenierung (VA-ECMO) über einen der QS-Filter-Einschlussprozeduren kodiert wird und es sich zum anderen bei der ECMO und der IABP nicht um explizite Ausschlüsse handelt.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine inhaltlichen Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Ausfüllhinweise der Datenfelder „Hepatitis B“ und „Hepatitis C“**

Beim Nachweis des HBs-Antigens liegt eine Hepatitis B vor. Eine Hepatitis C wird durch den Nachweis des HCV-Antikörpers diagnostiziert. Da auch der Nachweis durch einen positiven PCR-Test der heutigen Laborpraxis entspricht, wird der Ausfüllhinweis diesbezüglich ergänzt.

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zu thorakalen Operationen vor der stationären Aufnahme wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Herztransplantation
- Assist Device/TAH
- Koronarchirurgie
- Klappenchirurgie
- Korrektur angeborener Vitien
- sonstige

Die Nummerierung der Datenfelder zur Anzahl aller Voroperationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Anzahl aller Voroperationen am Herzen
- Anzahl aller Voroperationen unbekannt

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „durchgeführter Eingriff“

Erfolgt während eines stationären Aufenthaltes nach einer Neuimplantation ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff (z. B. Systemwechsel), ist jeweils ein weiterer Implantationsbogen auszufüllen. Um dies zu erläutern, wird ein Ausfüllhinweis hinterlegt.

Ausfüllhinweise der Datenfelder „6 Minuten Gehstest: Distanz \geq 500 Meter“ und „maximale Sauerstoffaufnahme $>$ 20 ml O₂/min/kg Körpergewicht“

Sollte die Durchführung der entsprechenden Tests aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands des Patienten nicht möglich gewesen sein, sollen die Datenfelder mit „nicht bestimmbar“ beantwortet werden. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden diesbezüglich Unsicherheiten bei der Dokumentation identifiziert. Der Ausfüllhinweis wird daher entsprechend konkretisiert.

Ausfüllhinweis des Datenfeldes „stationäre Aufnahme bei Linksherzdekompensation unter Herzinsuffizienzmedikation in den letzten 12 Monaten“

Das Datenfeld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Patient in den letzten 12 Monaten mindestens einmal trotz Herzinsuffizienzmedikation aufgrund einer Linksherzdekompensation stationär aufgenommen wurde. Hierbei muss der Aufenthalt nicht im leistungserbringenden Standort gewesen sein. Wird der Patient erstmalig wegen kardialer Dekompensation aufgenommen und erhält im selben Aufenthalt ein Herzunterstützungssystem, ist das Datenfeld mit „nein“ zu beantworten. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs wurden diesbezüglich Unsicherheiten bei der Dokumentation identifiziert. Der Ausfüllhinweis wird daher entsprechend konkretisiert.

Datenfeld „Art des Unterstützungssystems“

Die folgende QS-Filter-Einschlussprozedur dient zur Kodierung der VA-ECMO:

- **5-376.20:** Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation

Bisher konnte die VA-ECMO als Unterstützungssystem in der QS-Dokumentation nicht abgebildet werden, da kein entsprechender Schlüsselwert existierte. Um die Dokumentation abschließen zu können, wurden diese Systeme bisher als biventrikuläre Unterstützungssysteme (BIVAD) verschlüsselt. Da dies den Sachverhalt nicht korrekt abbildet, wird „VA-ECMO“ als Schlüsselwert ergänzt.

Datenfeld „Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems“

Aufgrund von Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog soll in diesem Datenfeld zukünftig zwischen technischen und sekundären Fehlfunktionen differenziert werden.

Technische Fehlfunktionen betreffen hierbei pumpenassoziierte Probleme, wie beispielsweise Probleme mit der Stromversorgung, den Batterien oder der Kontrolleinheit. Unter einer sekundären Fehlfunktion werden Ereignisse wie zum Beispiel eine Pumpenthrombose oder Ansaugphänomene verstanden.

Die Schlüsselwerte sowie der Ausfüllhinweis werden entsprechend angepasst.

Datenfelder mit Einfachnennung zum Kreatininwert

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es folgende Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Abbruch des Eingriffs

Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein Minimaldatensatz zu dokumentieren. Diese Regelung gilt übergreifend für alle Module, bei denen die Dokumentation eines Minimaldatensatzes zulässig ist. Im Modul HTXM soll ein abgebrochener Eingriff jedoch im regulären Datensatz abgebildet werden. In diesen Fällen ist kein Minimaldatensatz anzulegen. Um dies sicherzustellen, werden die Erläuterungen zum Minimaldatensatz diesbezüglich ergänzt.

3.2.6 Zählleistungsbereich: Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)**Information zum Zählleistungsbereich:**

Der Zählleistungsbereich HTX_MKU beinhaltet alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen.

Die in der QS-Filter-Anwenderinformation aufgeführte Textdefinition wird angepasst. Der Zusatz „außer ECMO und IABP“ wird gestrichen, da zum einen die VA-ECMO über einen der QS-Filter-Einschlussprozeduren kodiert wird und es sich zum anderen bei der ECMO und der IABP nicht um explizite Ausschlüsse handelt.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine inhaltlichen Änderungen in den Informationen zum Zählleistungsbereich.

3.2.7 Zählleistungsbereich: Herztransplantation (HTXM_TX)**Information zum Zählleistungsbereich:**

Der Zählleistungsbereich HTXM_TX beinhaltet alle Herztransplantationen.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Informationen zum Zählleistungsbereich.

3.2.8 Leberlebendspende (LLS)**QS-Filter:**

Im Modul LLS sind alle Leberlebendspenden dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zu resezierten Lebersegmenten wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Segment I
- Segment II
- Segment III
- Segment IV
- Segment V
- Segment VI
- Segment VII
- Segment VIII

Die Nummerierung der Datenfelder zu Komplikationen im Verlauf wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Blutung
- Gallenwegskomplikation
- sekundäre Wundheilung
- Ileus
- akutes Leberversagen
- Thrombose
- Lungenembolie
- Pneumonie
- sonstige Komplikationen

Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Zur besseren Abgrenzung der Schlüsselwerte wird die Bezeichnung des Schlüsselwertes 2 konkretisiert.

3.2.9 Follow-up Leberlebendspende (LLSFU)

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum Bilirubin wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Bilirubin i. S. in mg/dl
- Bilirubin i. S. in $\mu\text{mol/l}$
- Bilirubin i. S. unbekannt

Die Nummerierung der Datenfelder zur Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT) wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Gamma-GT
- Gamma-GT unbekannt

Neues Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Zukünftig sollen analog zum Modul LLS Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation abgefragt werden.

Das neue Datenfeld dient der Indikatorberechnung. Die Abbildung von Komplikationen nach Clavien-Dindo-Klassifikation entspricht dem gegenwärtigen chirurgischen Publikationsstandard.

3.2.10 Lebertransplantation (LTX)

QS-Filter:

Im Modul LTX sind alle Lebertransplantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum Bilirubin wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Bilirubin i. S. in mg/dl
- Bilirubin i. S. in $\mu\text{mol/l}$

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

3.2.11 Follow-up Lebertransplantation (LTXFU)

QS-Dokumentation:

Ausfüllhinweise der Datenfelder „HCC vor Transplantation“ und „HCC-Rezidiv“

Die Ausfüllhinweise der Datenfelder werden gestrichen, da die jeweiligen Bogenfeldbezeichnungen die zu dokumentierenden Angaben ausreichend beschreiben.

3.2.12 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

QS-Filter:

Im Modul LUTX sind alle Lungentransplantationen oder Herz-Lungen-Transplantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder zur Ischämiezeit

Die Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans soll ab dem Erfassungsjahr 2018 für den linken und den rechten Lungenflügel separat angegeben werden. Dies dient der besseren Abbildung der realen Operationspraxis. Daher entfällt die Angabe der „Gesamtischämiezeit“ zugunsten der folgenden Datenfelder:

- Ischämiezeit (rechte Lunge)
- Ischämiezeit (linke Lunge)

3.2.13 Nierenlebendspende (NLS)

QS-Filter:

Im Modul NLS sind alle Nierenlebendspenden dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfach- oder Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

Die Nummerierung der Datenfelder zu behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperative Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Blutung
- Reoperation erforderlich
- sonstige Komplikationen

Die Nummerierung der Datenfelder zum Albumin wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Albumin i. U.
- Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.

3.2.14 Follow-up Nierenlebenspende (NLSFU)

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$
- Kreatininwert i.S. unbekannt

Die Nummerierung der Datenfelder zum Albumin wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Albumin i. U.
- Albumin i. U. unbekannt

Die Nummerierung der Datenfelder zum Albumin-Kreatinin-Verhältnis wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.
- Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. unbekannt

3.2.15 Nieren- und Pankreas- (Nieren) transplantation (PNTX)

QS-Filter:

Im Modul PNTX sind alle Nieren-, Pankreas- oder kombinierten Pankreas- und Nierentransplantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2018 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfelder mit Einfach- oder Mehrfachnennung

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$

Die Nummerierung der Datenfelder zu behandlungsbedürftigen (schweren) intra- oder postoperativen Komplikationen wird angepasst, da nur mindestens eines der Felder ausgefüllt werden muss:

- Blutung
- Reoperation erforderlich
- sonstige Komplikationen

Datenfeld „Diabetes mellitus“

Dieses Datenfeld musste bisher nur ausgefüllt werden, wenn das Datenfeld „Vorerkrankungen“ mit „ja“ beantwortet wurde. Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll das Datenfeld „Diabetes mellitus“ auch mit „nein“ beantwortet werden können. Ein entsprechender Schlüsselwert wird ergänzt.

3.2.16 Follow-up Nieren- und Pankreas- (Nieren) transplantation (PNTXFU)**QS-Dokumentation:****Datenfelder mit Einfachnennung zum Kreatininwert**

Die Nummerierung der Datenfelder zum Kreatininwert wird angepasst, da nur eines der Felder ausgefüllt werden darf:

- Kreatininwert i.S. in mg/dl
- Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$
- Kreatininwert i.S. unbekannt

Neues Datenfeld „Datum der akuten behandlungsbedürftigen Rejektion Niere“

Ab dem Erfassungsjahr 2018 soll das Datum der akuten behandlungsbedürftigen Rejektion der Niere abgefragt werden. Hierfür wird ein neues Datenfeld eingefügt. Dieses soll in einem neuen Follow-up-Qualitätsindikator zur Erfassung einer behandlungsbedürftigen Abstoßung innerhalb des ersten Jahres nach der Nierentransplantation zur Anwendung kommen. Das Datenfeld wird mit einem erläuternden Ausfüllhinweis versehen.