

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2022 für die Verfahren 3 und 5 bis 15 gemäß Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

Vom 15. Juli 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Juli 2021 auf der Grundlage von

- Teil 2 Verfahren 3 (QS CHE) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 5 (QS TX) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 6 (QS KCHK) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 7 (QS KAROTIS) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 8 (QS CAP) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 9 (QS MC) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 10 (QS GYN-OP) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 11 (QS DEK) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 12 (QS HSMDEF) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 13 (QS PM) § 5 Absatz 2,
- Teil 2 Verfahren 14 (QS HGV) § 5 Absatz 2 sowie
- Teil 2 Verfahren 15 (QS KEP) § 5 Absatz 2

der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) die Änderungen der Spezifikation für das Erfassungsjahr 2022 nach Maßgabe der Empfehlungen des IQTIG (**Anlage 1** „Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL – Dokumente“ und **Anlage 2** „Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL – Erläuterungen“) beschlossen.

Der G-BA beauftragt das Institut nach § 137a SGB V mit der Erstellung und Veröffentlichung der Spezifikation für die QS-Filter- und Dokumentationssoftware gemäß den Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu QS-Verfahren nach DeQS-RL.

Die Spezifikation für das Erfassungsjahr 2022 einschließlich der technischen Dokumentation ist von dem Institut nach § 137a SGB V spätestens 14 Tage nach Beschluss 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. Juli 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



**Empfehlungen zu
Spezifikationsänderungen für
das Erfassungsjahr 2022 zu den
QS-Verfahren 3 und 5 bis 15
nach DeQS-RL
Dokumente**

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 18. Juni 2021

Impressum

Thema:

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu den QS Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL. Dokumente

Ansprechpartnerinnen:

Claudia Amman, Dr. Anja Katharina Dippmann, Martina Bock

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

19. Februar 2021; aktualisierte Fassung: 30. April 2021; erneute Aktualisierung: 18. Juni 2021

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE)

Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Fallbezogene QS-Dokumentation (LTX, LTXFU, LLS, LLSFU, LUTX, LUTXFU, HTXM, HTXFU, NLS, NLSFU)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Fallbezogene QS-Dokumentation (HCH)

Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (KCHK)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 7: Karotis-Revascularisation (QS KAROTIS)

Fallbezogene QS-Dokumentation (10/2)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

Fallbezogene QS-Dokumentation (PNEU)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

Fallbezogene QS-Dokumentation (18/1)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

Fallbezogene QS-Dokumentation (15/1)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

Fallbezogene QS-Dokumentation (DEK)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Fallbezogene QS-Dokumentation (09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6)

Empfehlungen zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2021 für das Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

Fallbezogene QS-Dokumentation (NEO, 16/1)

Spezifikation CHOL

Anwenderinformation für das Modul „Cholezystektomie“

Indexjahr 202~~21~~

Der Patientenfilter, der die entsprechenden dokumentationspflichtigen Behandlungsvorgänge selektiert, legt die zu exportierenden Fälle/Patienten fest. Diese Datenbasis stellt die Grundgesamtheit der QS-Vorgänge dar.

Anschließend muss für einen bestimmten Zeitraum das Auftreten bestimmter Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes und Verordnungen geprüft werden (Leistungs- und Medikationsfilter).

Die Datenfelder sind gemäß ihrer Eingangskennung in der Allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen angegeben, die sich an den Technischen Anlagen zum Datenaustausch der Leistungserbringer orientiert:

[Funktion].[Datenquelle].[Datensatz].[Segment].[Gruppe].[Feldkennung]@Attributname

Beispiel: 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops

Diese Kennung bezeichnet das Attribut „ops“, das in der Entlassungsanzeige des Datensatzes nach §301 im FAB-Segment in der Gruppe „Operation“ mit der Feldkennung „Prozedurenschlüssel“ zu finden ist.

Diese Kennzeichnung ermöglicht den direkten Bezug zu den Eingangsdaten. So ist gewährleistet, dass die zu selektierenden Datenfelder von den Krankenkassen eindeutig referenziert werden können.

Pseudocode der QS-Filter

	Pseudo-Code	Beschreibung
Patientenfilter	source(301)@quelle = '301' UND (301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.CHOL_OPS ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD) UND NICHT (301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.CHOL_OPS_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX) UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.CHOL_INDEXJAHR	Fall im Zeitraum CHOL_INDEXJAHR Daten nach § 301 stationäre Aufnahme und (eine Prozedur aus Einschlussliste CHOL_OPS oder eine Diagnose aus CHOL_ICD), jedoch (keine Prozedur aus Ausschlussliste CHOL_OPS_EX sowie keine Diagnose aus CHOL_ICD_EX)
Zeitfilter (CHOL_INDEXJAHR)	01.01.202 ~~2~~ <u>1</u> – 31.12.202 ~~2~~ <u>1</u>	Indexleistung in Erfassungsjahr 202 ~~2~~ <u>1</u>
Leistungs- und Medikationsfilter	source(301)@quelle = '301' UND (	Fall im Zeitraum CHOL_ZEITFILTER Daten nach § 301

	Pseudo-Code	Beschreibung
	301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.CHOL_OPS_KOMPL ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.CHOL_OPS_EX ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.CHOL_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.CHOL_OPS) UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.CHOL_ZEITFILTER	stationäre Aufnahme mit Prozedur aus Liste CHOL_OPS_KOMPL, CHOL_OPS_EX oder CHOL_OPS oder Diagnose aus Liste CHOL_ICD_KOMPL, CHOL_ICD_EX oder CHOL_ICD
Zeitfilter für Follow-up (CHOL_ZEITFILTER)	01.01.202 ~~24~~ – 31.12.202 ~~32~~	Zeitraum 202 ~~24~~ -202 ~~32~~

Liste der Funktionen

Funktion	Formel	Beschreibung
cp_type	"iknr", wenn es sich um ein Institutionskennzeichen handelt; "bsnr", wenn es sich um eine Betriebsstättennummer handelt	Art des Leistungserbringers
inpatient_interrupt	ja: mind. Ein Entlass-/Verlegungsgrund (1. und 2. Stelle) 16, 21 oder 23 im Segment ETL; nein: sonst	Unterbrechung des KH-Aufenthaltes
kv_key	1. und 2. Stelle der BSNR	KV-Regionsschlüssel
sequential_nr	beginnend mit 1, sonst vorherige laufende Nummer +1	Laufende Nummer
source	Herkunft der Daten entsprechend dem Abrechnungskontext, aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen	Kennzeichen der genauen Datenquelle des Falles
state_key	Aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen oder ersatzweise aus der 3. und 4. Stelle der IKNR	Bundeslandschlüssel

Verwendete Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
CHOL_OPS	Einschlussprozeduren
CHOL_ICD	Einschlussdiagnosen
CHOL_OPS_EX	Ausschlussprozeduren
CHOL_ICD_EX	Ausschlussdiagnosen
CHOL_ICD_KOMPL	Diagnosen (ICD-Kodes) für Follow-up-Leistungen
CHOL_OPS_KOMPL	Prozeduren (OPS-Kodes) für Follow-up-Leistungen

Inhalte der Filterlisten

Filterliste	Kodes
CHOL_OPS	551101, 551102, 551111, 551112, 551121, 551122, 55113, 5511x, 5511y
CHOL_ICD	K80.00, K80.01, K80.10, K80.11, K80.20, K80.21, K80.30, K80.31, K80.40, K80.41, K80.50, K80.51, K80.80, K80.81, K81.0, K81.8, K81.9, K82.0, K82.1, K82.2, K82.3, K82.4, K82.8, K82.9, K83.0, K83.1, K83.2, K83.3, K83.4, K83.5, K83.8, K83.9, K85.00, K85.01, K85.10, K85.11, K85.20, K85.21, K85.30, K85.31, K85.80, K85.81, K85.90, K85.91
CHOL_OPS_EX	551141, 551142, 551151, 551152
CHOL_ICD_EX	C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9, C17.0, C17.1, C17.2, C17.3, C17.8, C17.9, C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C22.0, C22.1, C22.2, C22.3, C22.4, C22.7, C22.9, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9, C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.4, C25.7, C25.8, C25.9, C26.0, C26.1, C26.8, C26.9, C78.7

Filterliste	Kodes
CHOL_ICD_KOMPL	A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9, A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9, A46, D62, I26.0, I26.9, I80.1, I80.20, I80.28, I80.3, I82.2, K29.0, K29.1, K43.0, K43.90, K43.98, K43.99, K56.0, K56.5, K56.6, K56.7, K65.0, K65.8, K75.0, K76.2, K76.3, K76.5, K83.1, K83.2, K83.3, K83.8, K83.9, K91.3, K91.5, K91.81, K91.88, K91.9, L02.2, L03.3, S36.18, T81.0, T81.1, T81.2, T81.3, T81.4, T81.5, T81.8, T81.9
CHOL_OPS_KOMPL	538033, 538034, 538035, 538053, 538060, 538067, 538096, 538097, 538098, 53809d, 53809k, 538133, 538135, 538153, 538160, 538167, 538233, 538253, 538260, 538296, 538297, 538298, 53829d, 53829k, 538360, 538396, 538397, 538398, 53839d, 53839k, 538833, 538853, 538860, 538896, 538897, 538898, 53889d, 53889k, 538933, 538934, 538953, 538960, 538996, 538997, 538998, 53899d, 53899k, 54330, 54331, 543320, 543323, 543324, 54332x, 543330, 543331, 543332, 543333, 543334, 54333x, 543340, 543341, 543342, 543343, 543344, 54334x, 543350, 543351, 543352, 543353, 543354, 54335x, 5433x, 5433y, 544800, 544801, 544802, 544803, 54480x, 544950, 544951, 544952, 544953, 54495x, 5449d0, 5449d1, 5449d2, 5449d3, 5449dx, 5449e0, 5449e1, 5449e2, 5449e3, 5449ex, 54520, 54521, 545230, 545231, 545232, 545233, 545234, 54523x, 545240, 545241, 545242, 545243, 545244, 54524x, 545260, 545263, 545264, 54526x, 545270, 545273, 545274, 54527x, 545280, 545281, 545282, 545283, 545284, 54528x, 545290, 545291, 545292, 545293, 545294, 54529x, 5452x0, 5452x1, 5452x2, 5452x3, 5452x4, 5452xx, 5452y, 546700, 546701, 546702, 546703, 54670x, 546900, 546901, 546902, 546903, 54690x, 546910, 546911, 546912, 54691x, 546920, 546921, 546922, 54692x, 546970, 546971, 546972, 546973, 54697x, 546980, 546981, 546982, 546983, 54698x, 5469d0, 5469d1, 5469d2, 5469d3, 5469dx, 5469e0, 5469e1, 5469e2, 5469e3, 5469ex, 550100, 550101, 550102, 550103, 55010x, 550110, 550111, 550112, 550113, 55011x, 550120, 550121, 550122, 550123, 55012x, 550140, 550141, 550142, 550143, 55014x, 550150, 550151, 550152, 550153, 55015x, 550160, 550161, 550162, 550163, 55016x, 5501x1, 5501x2, 5501x3, 5501xx, 5501y, 55050, 55051, 55052, 5505x, 5505y, 551200, 551201, 551202, 551203, 55120x, 551210, 551211, 551212, 551213, 55121x, 551220, 551221, 551222, 551223, 55122x, 551230, 551231, 551232, 55123x, 551240, 551241, 551242, 55124x, 5512x0, 5512x1, 5512x2, 5512x3, 5512xx, 55135, 5513a, 5513d, 5513f0, 5513f1, 551450, 551451, 551452, 551453, 55145x, 5514c1, 5514c2, 5514cx, 5514d0, 5514d1, 5514d2, 5514d3, 5514dx, 5514g0, 5514g1, 5514g2, 5514g3, 5514gx, 5514h0, 5514h1, 5514h2, 5514h3, 5514hx, 55150, 55151, 55152, 5515x, 5515y, 55160, 55161, 5516x, 5516y, 55360, 553610, 553611, 55361x, 553644, 553645, 553646, 553647, 553648, 553649, 55364a, 55364x, 5536x, 5536y, 55400, 55401, 55402, 5540x, 5540y, 55410, 55411, 55412, 55414, 55450, 55451, 5545x, 5545y, 55495, 58940b, 58941b, 58950b, 58960b, 58961b, 58962b, 59001b, 5916a3, 5983, 8153, 81760, 81761, 81762, 8176x, 8176y, 819020, 819021, 819022, 819023, 819030, 819031, 819032, 819033, 81921b, 81922b, 81923b, 88000, 88001, 880060, 880061, 880062, 880063, 880064, 880065, 880066, 880067, 880068, 880069, 88006a, 88006b, 88006c, 88006d, 88006e, 88006g, 88006h, 88006j, 88006k, 88006m, 88006n, 88006p, 88006q, 8800c0, 8800c1, 8800c2, 8800c3, 8800c4, 8800c5, 8800c6, 8800c7, 8800c8, 8800c9, 8800ca, 8800cb, 8800cc, 8800cd, 8800ce, 8800cf, 8800cg, 8800ch, 8800cj, 8800ck, 8800cm, 8800cn, 8800cp, 8800cq, 8800x, 8800y, 88032, 88006s, 88006t, 88006u, 88006v, 88006w, 88006z, 8800cr, 8800d0, 8800d1, 8800d2, 8800d3, 8800d4, 8800d5, 8800d6, 8800d7, 8800d8, 8800d9, 8800da, 8800db, 8800dc, 8800dd, 8800de, 8800df, 8800dg, 8800dh, 8800dj, 8800dk, 8800dm, 8800dn, 8800dp, 8800dq, 8800dr, 8800ds, 8800dt, 8800du, 8800dv, 8800dz, 8800f0, 8800f1, 8800f2, 8800f3, 8800f4, 8800f5, 8800f6, 8800f7, 8800f8, 8800f9, 8800fa, 8800fb, 8800fc, 8800fd, 8800fe, 8800ff, 8800fg, 8800fh, 8800fj, 8800fk, 8800fm, 8800fn, 8800fp, 8800fq, 8800fr, 8800fs, 8800ft, 8800fu, 8800fv, 8800fz, 8800g0, 8800g1, 8800g2, 8800g3, 8800g4, 8800g5, 8800g6, 8800g7, 8800g8, 8800g9, 8800ga, 8800gb, 8800gc, 8800gd, 8800ge, 8800gf, 8800gg, 8800gh, 8800gj, 8800gk, 8800gm, 8800gn, 8800gp, 8800gq, 8800gr, 8800gs, 8800gt, 8800gu, 8800gv, 8800gz, 8800h0, 8800h1, 8800h2, 8800h3, 8800h4, 8800h5, 8800h6, 8800h7, 8800h8, 8800h9, 8800ha, 8800hb, 8800hc, 8800hd, 8800he, 8800hf, 8800hg, 8800hh, 8800hj, 8800hk, 8800hm, 8800hn, 8800hp, 8800hq, 8800hr, 8800hs, 8800ht, 8800hu, 8800hv, 8800hz, 8800j0, 8800j1, 8800j2, 8800j3, 8800j4, 8800j5, 8800j6, 8800j7, 8800j8, 8800j9, 8800ja, 8800jb, 8800jc, 8800jd, 8800je, 8800jf, 8800k0, 8800k1, 8800k2, 8800k3, 8800k4, 8800k5, 8800k6, 8800k7, 8800k8, 8800k9, 8800ka, 8800kb, 8800kc, 8800kd, 8800ke, 8800kf, 8800m0, 8800m1, 8800m2, 8800m3, 8800m4, 8800m5, 8800m6, 8800m7, 8800m8, 8800m9, 8800ma, 8800mb, 8800mc,

Filterliste	Kodes
	8800md, 8800me, 8800mf, 8800n0, 8800n1, 8800n2, 8800n3, 8800n4, 8800n5, 8800n6, 8800n7, 8800n8, 8800n9, 8800na, 8800nb, 8800nc, 8800nd, 8800ne, 8800nf

Lieferzeiträume

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
3. Quartal 202 ~~21~~	202 ~~21~~ -07-01 bis 202 ~~21~~ -07-15	202 ~~21~~ -07-16 bis 202 ~~21~~ -07-31
4. Quartal 202 ~~32~~	202 ~~21~~ -10-01 bis 202 ~~21~~ -10-15	202 ~~21~~ -10-16 bis 202 ~~21~~ -10-31
1. Quartal 202 ~~32~~	202 ~~32~~ -01-15 bis 202 ~~32~~ -01-31	202 ~~32~~ -02-01 bis 202 ~~32~~ -02-15
2. Quartal 202 ~~32~~	202 ~~32~~ -04-01 bis 202 ~~32~~ -04-15	202 ~~32~~ -04-16 bis 202 ~~32~~ -04-30
3. Quartal 202 ~~32~~	202 ~~32~~ -07-01 bis 202 ~~32~~ -07-15	202 ~~32~~ -07-16 bis 202 ~~32~~ -07-31
4. Quartal 202 ~~32~~	202 ~~32~~ -10-01 bis 202 ~~32~~ -10-15	202 ~~32~~ -10-16 bis 202 ~~32~~ -10-31
1. Quartal 202 ~~43~~	202 ~~43~~ -01-15 bis 202 ~~43~~ -01-31	202 ~~43~~ -02-01 bis 202 ~~43~~ -02-15
2. Quartal 202 ~~43~~	202 ~~43~~ -04-01 bis 202 ~~43~~ -04-15	202 ~~43~~ -04-16 bis 202 ~~43~~ -04-30
3. Quartal 202 ~~43~~	202 ~~43~~ -07-01 bis 202 ~~43~~ -07-15	202 ~~43~~ -07-16 bis 202 ~~43~~ -07-31
4. Quartal 202 ~~43~~	202 ~~43~~ -10-01 bis 202 ~~43~~ -10-15	202 ~~43~~ -10-16 bis 202 ~~43~~ -10-31

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Cholezystektomie (CHE)

Textdefinition

Cholezystektomien mit oder ohne Gallengangsrevisionen, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt werden unter Ausschluss bösartiger Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie von Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

```
PROZ EINSIN CHE_OPS UND DIAG EINSIN CHE_ICD UND formatListe(DIAG; '[a-zA-Z][0-9]{2}(\.[0-9]{1,2})?([#\*\^+!])?([Gg])?([RLBrIb])?$', WAHR) KEINSIN CHE_ICD_EX UND PROZ KEINSIN CHE_OPS_EX UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR; 2) = '10' UND (PERSONENKREIS = LEER ODER PERSONENKREIS = '00')
```

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle CHE_OPS
und
Mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle CHE_ICD
und
Keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle CHE_ICD_EX
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle CHE_OPS_EX
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~21~~²⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~21~~²⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03'; '04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~²⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~²⁴' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~21~~²⁴')

Diagnose(n) der Tabelle CHE_ICD

ICD-Kode	Titel
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.11	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.40	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.41	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion

K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.81	Sonstige Cholelithiasis: Mit Gallenwegsobstruktion
K81.0	Akute Cholezystitis
K81.1	Chronische Cholezystitis
K81.8	Sonstige Formen der Cholezystitis
K81.9	Cholezystitis, nicht näher bezeichnet
K82.0	Verschluss der Gallenblase
K82.1	Hydrops der Gallenblase
K82.2	Perforation der Gallenblase
K82.3	Gallenblasenfistel
K82.4	Cholesteatose der Gallenblase
K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase
K82.9	Krankheit der Gallenblase, nicht näher bezeichnet
K83.0	Cholangitis
K83.1	Verschluss des Gallenganges
K83.2	Perforation des Gallenganges
K83.3	Fistel des Gallenganges
K83.4	Spasmus des Sphinkter Oddi
K83.5	Biliäre Zyste
K83.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege
K83.9	Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet
K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.30	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.31	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.81	Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation

Diagnose(n) der Tabelle CHE_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 Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur 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
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
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

Prozedur(en) der Tabelle CHE_OPS

OPS-Kode	Titel
5-511.01	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.02	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
5-511.12	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge
5-511.21	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.22	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.3	Cholezystektomie: Erweitert
5-511.x	Cholezystektomie: Sonstige
5-511.y	Cholezystektomie: N.n.bez.

Prozedur(en) der Tabelle CHE_OPS_EX

OPS-Kode	Titel
5-511.41	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.42	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparotomie aus anderen Gründen: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.51	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.52	Cholezystektomie: Simultan, während einer Laparoskopie aus anderen Gründen: Mit operativer Revision der Gallengänge

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Cholezystektomie (CHE)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
Krankenhaus			
4	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt

			Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
6	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS- Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
7	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
10	Geschlecht	□ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202 ~~21~~ bis zum 10.01.202 ~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202 ~~21~~ bis zum 20.01.202 ~~21~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202 ~~21~~ , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202 ~~21~~ .
Prozedur (PROZ)			
Prozedur(en) während des stationären Aufenthaltes			
12	Wievielte Prozedur?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
13	Prozedur während des stationären Aufenthaltes	☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ http://www.dimdi.de	In diesem Verfahren ist die Angabe bestimmter OPS-Kodes über die auslösenden Kodierungen hinaus von besonderer Relevanz. Folgende Kodes sind verpflichtend zu dokumentieren. (Siehe Anhang) Für jeden dieser OPS-Kode gemäß Entlassungsanzeige ist ein eigener Teildatensatz anzulegen. Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 202 ~~32~~ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 202 ~~21~~ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.202 ~~21~~ aufgenommen worden ist. Siehe Anmerkung 1
14	Datum der Prozedur während des stationären Aufenthaltes	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	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.
Basis (B)			
Transfusion			
wenn Feld 13 EINSIN OPS Transfusionen			
15	Wann – in Bezug auf die Cholezystektomie – wurde der Patient transfundiert?	☐ gemäß OPS: 8-800.- 1 = präoperativ 2 = intra- oder postoperativ 3 = sowohl präoperativ als auch intra- oder postoperativ	Für die erste Bluttransfusion ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie stattgefunden hat ("Present before Operation"). 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Transfusionen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ gegeben wurden.
Diagnose(n)			
16	Diagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 100.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Verfahren dokumentierten Leistung stehen http://www.dimdi.de	In diesem Verfahren ist die Angabe bestimmter ICD-Kodes über die auslösenden Kodierungen hinaus von besonderer Relevanz. Folgende Kodes sind verpflichtend zu dokumentieren. (Siehe Anhang) Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 202~~32~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 202~~21~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.202~~21~~ aufgenommen worden ist. Siehe Anmerkung 2
wenn Feld 16 = Streptokokkensepsis			
17	Bestand die Streptokokkensepsis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: A40.0, A40.1, A40.2, A40.3, A40.8, A40.9 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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

			QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = sonstige Sepsis			
18	Bestand die sonstige Sepsis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: A41.0, A41.1, A41.2, A41.3, A41.4, A41.51, A41.52, A41.58, A41.8, A41.9 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = Erysipel			
19	Bestand das Erysipel vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: A46 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der

			Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = akute Blutungsanämie			
20	Bestand die akute Blutungsanämie vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: D62 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis

			zum 20.1.202 ~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202 ~~21~~ und 20.1.202 ~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = akute hämorrhagische Gastritis			
21	Bestand die akute hämorrhagische Gastritis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K29.0 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = sonstige akute Gastritis			
22	Bestand die sonstige akute Gastritis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K29.1 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen.

			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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = akute Peritonitis			
23	Bestand die akute Peritonitis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K65.0 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = sonstige Peritonitis			
24	Bestand die sonstige Peritonitis vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K65.8	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation").

		0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = Perforation des Gallengangs			
25	Bestand die Perforation des Gallengangs vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K83.2 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
wenn Feld 16 = Fistel des Gallengangs			
26	Bestand die Fistel des Gallengangs vor der Cholezystektomie?	☐ gemäß ICD-10-GM: K83.3 0 = nein 1 = ja	Für die Diagnose ist zu dokumentieren, ob diese bereits vor der Cholezystektomie bestand ("Present before Operation"). Der Schlüsselwert "ja" ist bspw. auch zu wählen, wenn die präoperativ gestellte (Verdachts-) Diagnose intraoperativ bestätigt wurde oder während der OP festgestellt wird, dass ein Befund schon vor OP-Beginn bestand. Wird eine Diagnose intraoperativ gestellt und das Bestehen vor der OP kann ausgeschlossen werden, ist der Schlüsselwert "nein" zu wählen. Beim Auftreten von mehreren Ereignissen ist dieses Feld nur einmalig beim Bekanntwerden der ersten für das Datenfeld relevanten Diagnose auszufüllen. 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 QSDokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.202~~21~~ bis zum 10.1.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.202~~21~~ bis zum 20.1.202~~21~~ Es sind auch Diagnosen anzugeben, die zwischen dem 15.1.202~~21~~ und 20.1.202~~21~~ vorlagen.
Entlassung			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202 ~~24~~ bis zum 10.01.202 ~~24~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202 ~~24~~ bis zum 20.01.202 ~~24~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202 ~~24~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202 ~~24~~
28	Entlassungsgrund	☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Anmerkungen

Anmerkung 1 - im Feld "Prozedur während des stationären Aufenthaltes" (OPSCHLUESSEL) dokumentationspflichtige Codes	5-380.33	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis
	5-380.34	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta, Stent
	5-380.35	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Gefäßprothese
	5-380.53	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis
	5-380.60	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien viszeral: Truncus coeliacus
	5-380.67	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien viszeral: Gefäßprothese
	5-380.96	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior
	5-380.97	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior
	5-380.98	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis
	5-380.9d	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae
	5-380.9k	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis
	5-381.33	Endarteriektomie: Aorta: Aorta abdominalis
	5-381.35	Endarteriektomie: Aorta: Gefäßprothese
	5-381.53	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis
	5-381.60	Endarteriektomie: Arterien viszeral: Truncus coeliacus
	5-381.67	Endarteriektomie: Arterien viszeral: Gefäßprothese
	5-382.33	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung:

	Aorta: Aorta abdominalis
5-382.53	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis
5-382.60	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien viszeral: Truncus coeliacus
5-382.96	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. cava superior
5-382.97	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. cava inferior
5-382.98	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. iliaca communis
5-382.9d	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. portae
5-382.9k	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. renalis
5-383.60	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien viszeral: Truncus coeliacus
5-383.96	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior
5-383.97	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior
5-383.98	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis
5-383.9d	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae
5-383.9k	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis
5-388.33	Naht von Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis
5-388.53	Naht von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis
5-388.60	Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: Truncus coeliacus
5-388.96	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior
5-388.97	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior
5-388.98	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis
5-388.9d	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae
5-388.9k	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis
5-389.33	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis
5-389.34	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta, Stent
5-389.53	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis
5-389.60	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen:

	Arterien viszeral: Truncus coeliacus
5-389.96	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior
5-389.97	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior
5-389.98	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis
5-389.9d	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae
5-389.9k	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis
5-433.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, offen chirurgisch
5-433.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, laparoskopisch
5-433.20	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Exzision ohne weitere Maßnahmen
5-433.23	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Endoskopische Mukosaresektion
5-433.24	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
5-433.25	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]
5-433.2x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, endoskopisch: Sonstige
5-433.30	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Elektrokoagulation
5-433.31	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Laserkoagulation
5-433.32	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Thermokoagulation
5-433.33	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Kryokoagulation
5-433.34	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Photodynamische Therapie
5-433.3x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, offen chirurgisch: Sonstige
5-433.40	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem

	Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Elektrokoagulation
5-433.41	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Laserkoagulation
5-433.42	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Thermokoagulation
5-433.43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Kryokoagulation
5-433.44	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Photodynamische Therapie
5-433.4x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, laparoskopisch: Sonstige
5-433.50	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Elektrokoagulation
5-433.51	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Laserkoagulation
5-433.52	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Thermokoagulation
5-433.53	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Kryokoagulation
5-433.54	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Photodynamische Therapie
5-433.5x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Destruktion, endoskopisch: Sonstige
5-433.x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Sonstige
5-433.y	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: N.n.bez.
5-448.00	Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch abdominal
5-448.01	Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch thorakal
5-448.02	Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Laparoskopisch
5-448.03	Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-448.0x	Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach

	Verletzung): Sonstige
5-449.50	Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Offen chirurgisch
5-449.51	Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Laparoskopisch
5-449.52	Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-449.53	Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Endoskopisch
5-449.5x	Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Sonstige
5-449.d0	Andere Operationen am Magen: Clippen: Offen chirurgisch
5-449.d1	Andere Operationen am Magen: Clippen: Laparoskopisch
5-449.d2	Andere Operationen am Magen: Clippen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-449.d3	Andere Operationen am Magen: Clippen: Endoskopisch
5-449.dx	Andere Operationen am Magen: Clippen: Sonstige
5-449.e0	Andere Operationen am Magen: Injektion: Offen chirurgisch
5-449.e1	Andere Operationen am Magen: Injektion: Laparoskopisch
5-449.e2	Andere Operationen am Magen: Injektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-449.e3	Andere Operationen am Magen: Injektion: Endoskopisch
5-449.ex	Andere Operationen am Magen: Injektion: Sonstige
5-452.0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, offen chirurgisch
5-452.1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, laparoskopisch
5-452.30	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen chirurgisch: Elektrokoagulation
5-452.31	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen chirurgisch: Laserkoagulation
5-452.32	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen chirurgisch: Thermokoagulation
5-452.33	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen chirurgisch: Kryokoagulation
5-452.34	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen

	chirurgisch: Photodynamische Therapie
5-452.3x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, offen chirurgisch: Sonstige
5-452.40	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Elektrokoagulation
5-452.41	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Laserkoagulation
5-452.42	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Thermokoagulation
5-452.43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Kryokoagulation
5-452.44	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Photodynamische Therapie
5-452.4x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, laparoskopisch: Sonstige
5-452.60	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Exzision ohne weitere Maßnahmen
5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion
5-452.64	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
5-452.65	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Vollwandexzision [EFTR]
5-452.6x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Sonstige
5-452.70	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Exzision ohne weitere Maßnahmen
5-452.73	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische Mukosaresektion
5-452.74	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch,

	Push-and-pull-back-Technik: Endoskopische submukosale Dissektion [ESD]
5-452.7x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Sonstige
5-452.80	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Elektrokoagulation
5-452.81	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Laserkoagulation
5-452.82	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Thermokoagulation
5-452.83	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Kryokoagulation
5-452.84	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Photodynamische Therapie
5-452.8x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Sonstige
5-452.90	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Elektrokoagulation
5-452.91	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Laserkoagulation
5-452.92	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Thermokoagulation
5-452.93	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Kryokoagulation
5-452.94	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Photodynamische Therapie
5-452.9x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Destruktion, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Sonstige
5-452.x0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Elektrokoagulation
5-452.x1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Laserkoagulation
5-452.x2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Thermokoagulation
5-452.x3	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Kryokoagulation

5-452.x4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Photodynamische Therapie
5-452.xx	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Sonstige: Sonstige
5-452.y	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: N.n.bez.
5-467.00	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Duodenum
5-467.01	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Jejunum
5-467.02	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Ileum
5-467.03	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Kolon
5-467.0x	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Sonstige
5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch
5-469.10	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch
5-469.11	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch
5-469.12	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-469.1x	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Sonstige
5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Offen chirurgisch
5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Laparoskopisch
5-469.22	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-469.2x	Andere Operationen am Darm: Adhäsioolyse: Sonstige
5-469.70	Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Offen chirurgisch
5-469.71	Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Laparoskopisch
5-469.72	Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-469.73	Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Endoskopisch
5-469.7x	Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Sonstige
5-469.80	Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Offen chirurgisch
5-469.81	Andere Operationen am Darm: Umstechung eines

	Ulkus: Laparoskopisch
5-469.82	Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-469.83	Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Endoskopisch
5-469.8x	Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Sonstige
5-469.d0	Andere Operationen am Darm: Clippen: Offen chirurgisch
5-469.d1	Andere Operationen am Darm: Clippen: Laparoskopisch
5-469.d2	Andere Operationen am Darm: Clippen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch
5-469.dx	Andere Operationen am Darm: Clippen: Sonstige
5-469.ex	Andere Operationen am Darm: Injektion: Sonstige
5-501.00	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Offen chirurgisch
5-501.01	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Laparoskopisch
5-501.02	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-501.03	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Perkutan
5-501.0x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal: Sonstige
5-501.10	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste): Offen chirurgisch
5-501.11	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste): Laparoskopisch
5-501.12	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-501.13	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste): Perkutan

	5-501.1x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Endozystenresektion (bei Echinokokkuszyste): Sonstige
	5-501.20	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Offen chirurgisch
	5-501.21	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Laparoskopisch
	5-501.22	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-501.23	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Perkutan
	5-501.2x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Keilexzision: Sonstige
	5-501.40	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Offen chirurgisch
	5-501.41	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Laparoskopisch
	5-501.42	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-501.43	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Perkutan
	5-501.4x	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Sonstige
	5-501.50	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie: Offen chirurgisch
	5-501.51	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie: Laparoskopisch
	5-501.52	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion):

		Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-501.53		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie: Perkutan
5-501.5x		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie: Sonstige
5-501.60		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Laser: Offen chirurgisch
5-501.61		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Laser: Laparoskopisch
5-501.62		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Laser: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-501.63		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Laser: Perkutan
5-501.6x		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Destruktion, lokal, durch Laser: Sonstige
5-501.x1		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Sonstige: Laparoskopisch
5-501.x2		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Sonstige: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-501.x3		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Sonstige: Perkutan
5-501.xx		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Sonstige: Sonstige
5-501.y		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): N.n.bez.
5-505.0		Rekonstruktion der Leber: Naht und blutstillende Umstechung (nach Verletzung)
5-505.1		Rekonstruktion der Leber: Tamponade
5-505.2		Rekonstruktion der Leber: Mit Omentumplastik
5-505.x		Rekonstruktion der Leber: Sonstige
5-505.y		Rekonstruktion der Leber: N.n.bez.
5-511.01		Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne

	operative Revision der Gallengänge
5-511.02	Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
5-511.12	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge
5-511.21	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
5-511.22	Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge
5-511.3	Cholezystektomie: Erweitert
5-511.x	Cholezystektomie: Sonstige
5-511.y	Cholezystektomie: N.n.bez.
5-512.00	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Offen chirurgisch
5-512.01	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Laparoskopisch
5-512.02	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.03	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Endoskopisch
5-512.0x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Sonstige
5-512.10	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Offen chirurgisch
5-512.11	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Laparoskopisch
5-512.12	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.13	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Endoskopisch
5-512.1x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Sonstige
5-512.20	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus,

	Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Offen chirurgisch
5-512.21	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Laparoskopisch
5-512.22	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.23	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Endoskopisch
5-512.2x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Sonstige
5-512.30	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Offen chirurgisch
5-512.31	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Laparoskopisch
5-512.32	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.3x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Sonstige
5-512.40	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Offen chirurgisch
5-512.41	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Laparoskopisch
5-512.42	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.4x	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Sonstige
5-512.x0	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Sonstige: Offen chirurgisch
5-512.x1	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Sonstige: Laparoskopisch
5-512.x2	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Sonstige:

	Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-512.x3	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Sonstige: Endoskopisch
5-512.xx	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Sonstige: Sonstige
5-512.y	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): N.n.bez.
5-513.5	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage
5-513.a	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Dilatation
5-513.d	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Bougierung
5-513.f0	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Eine Prothese
5-513.f1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Einlegen von nicht selbstexpandierenden Prothesen: Zwei oder mehr Prothesen
5-514.50	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Offen chirurgisch
5-514.51	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Laparoskopisch
5-514.52	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-514.53	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Perkutan-transhepatisch
5-514.5x	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer Drainage: Sonstige
5-514.c1	Andere Operationen an den Gallengängen: Blutstillung: Laparoskopisch
5-514.c2	Andere Operationen an den Gallengängen: Blutstillung: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-514.cx	Andere Operationen an den Gallengängen: Blutstillung: Sonstige
5-514.d0	Andere Operationen an den Gallengängen: Revision (als selbständiger Eingriff): Offen chirurgisch
5-514.d1	Andere Operationen an den Gallengängen: Revision (als selbständiger Eingriff): Laparoskopisch
5-514.d2	Andere Operationen an den Gallengängen: Revision (als selbständiger Eingriff): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-514.d3	Andere Operationen an den Gallengängen: Revision (als selbständiger Eingriff): Perkutan-transhepatisch

	5-514.dx	Andere Operationen an den Gallengängen: Revision (als selbständiger Eingriff): Sonstige
	5-514.g0	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Offen chirurgisch
	5-514.g1	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Laparoskopisch
	5-514.g2	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-514.g3	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Perkutan-transhepatisch
	5-514.gx	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen einer nicht selbstexpandierenden Prothese: Sonstige
	5-514.h0	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen: Offen chirurgisch
	5-514.h1	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen: Laparoskopisch
	5-514.h2	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
	5-514.h3	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen: Perkutan-transhepatisch
	5-514.hx	Andere Operationen an den Gallengängen: Einlegen von zwei oder mehr nicht selbstexpandierenden Prothesen: Sonstige
	5-515.0	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Exzision eines Reststumpfes des Ductus cysticus
	5-515.1	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Resektion, mit End-zu-End-Anastomose
	5-515.2	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Resektion, mit biliodigestiver Anastomose
	5-515.x	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Sonstige
	5-515.y	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: N.n.bez.
	5-516.0	Andere Rekonstruktion der Gallengänge: Naht (nach Verletzung)
	5-516.1	Andere Rekonstruktion der Gallengänge: Plastische Rekonstruktion
	5-516.x	Andere Rekonstruktion der Gallengänge: Sonstige

	5-516.y	Andere Rekonstruktion der Gallengänge: N.n.bez.
	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss
	5-536.10	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material
	5-536.11	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Mit Komponentenseparation (nach Ramirez), ohne alloplastisches, allogenem oder xenogenem Material
	5-536.1x	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Sonstige
	5-536.44	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandersatz
	5-536.45	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]
	5-536.46	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik
	5-536.47	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik
	5-536.48	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation (nach Ramirez), mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material
	5-536.49	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]
	5-536.4a	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik
	5-536.4b	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Onlay-Technik
	5-536.4c	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch (assistiert), total extraperitoneal mit Sublay-Technik
	5-536.4x	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige
	5-536.x	Verschluss einer Narbenhernie: Sonstige
	5-536.y	Verschluss einer Narbenhernie: N.n.bez.
	5-540.0	Inzision der Bauchwand: Exploration

	5-540.1	Inzision der Bauchwand: Extraperitoneale Drainage
	5-540.2	Inzision der Bauchwand: Entfernung eines Fremdkörpers
	5-540.x	Inzision der Bauchwand: Sonstige
	5-540.y	Inzision der Bauchwand: N.n.bez.
	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie
	5-541.1	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage
	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie
	5-541.4	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses
	5-545.0	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)
	5-545.1	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Definitiver Verschluss eines temporären Bauchdeckenverschlusses
	5-545.x	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sonstige
	5-545.y	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: N.n.bez.
	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage
	5-894.0b	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Bauchregion
	5-894.1b	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Bauchregion
	5-895.0b	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Bauchregion
	5-896.0b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Bauchregion
	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion
	5-896.2b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Bauchregion
	5-900.1b	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion
	5-916.a3	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Am offenen Abdomen

	5-983	Reoperation
	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle
	8-176.0	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)
	8-176.1	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei temporärem Bauchdeckenverschluss (programmierte Lavage)
	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)
	8-176.x	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Sonstige
	8-176.y	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: N.n.bez.
	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage
	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage
	8-190.22	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage
	8-190.23	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage
	8-190.30	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage
	8-190.31	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage
	8-190.32	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: 15 bis 21 Tage
	8-190.33	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit sonstigen Systemen bei einer Vakuumtherapie: Mehr als 21 Tage
	8-192.1b	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Bauchregion
	8-192.2b	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines

	Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Bauchregion
8-192.3b	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig, mit Anwendung biochirurgischer Verfahren: Bauchregion
8-800.0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE
8-800.1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, mehr als 5 TE
8-800.60	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat
8-800.61	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 2 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.62	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 3 bis unter 5 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.63	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 5 bis unter 7 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.64	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 7 bis unter 9 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.65	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 9 bis unter 11 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.66	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 11 bis unter 13 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.67	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 13 bis unter 15 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.68	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 15 bis unter 17 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.69	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 17 bis unter 19 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

	8-800.6a	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 19 bis unter 23 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6b	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 23 bis unter 27 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6c	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 27 bis unter 31 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6d	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 31 bis unter 35 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6e	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 35 bis unter 39 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6g	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 39 bis unter 43 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6h	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 43 bis unter 47 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6j	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 47 bis unter 51 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6k	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 51 bis unter 55 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6m	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 55 bis unter 59 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6n	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 59 bis unter 63 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6p	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 63 bis unter 67 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6q	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 67 bis unter 71 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

	8-800.6s	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 71 bis unter 79 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6t	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 79 bis unter 87 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6u	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 87 bis unter 95 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6v	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 95 bis unter 103 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6w	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 103 bis unter 111 patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.6z	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE
	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE
	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE
	8-800.c3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE
	8-800.c4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE
	8-800.c5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 32 TE bis unter 40 TE
	8-800.c6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 40 TE bis unter 48 TE
	8-800.c7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 48 TE bis unter 56 TE
	8-800.c8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 56 TE bis unter 64 TE

	8-800.c9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 64 TE bis unter 72 TE
	8-800.ca	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 72 TE bis unter 80 TE
	8-800.cb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 80 TE bis unter 88 TE
	8-800.cc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 88 TE bis unter 104 TE
	8-800.cd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 104 TE bis unter 120 TE
	8-800.ce	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 120 TE bis unter 136 TE
	8-800.cf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 136 TE bis unter 152 TE
	8-800.cg	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 152 TE bis unter 168 TE
	8-800.ch	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 168 TE bis unter 184 TE
	8-800.cj	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 184 TE bis unter 200 TE
	8-800.ck	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 200 TE bis unter 216 TE
	8-800.cm	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 216 TE bis unter 232 TE
	8-800.cn	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 232 TE bis unter 248 TE
	8-800.cp	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 248 TE bis unter 264 TE
	8-800.cq	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 264 TE bis unter 280 TE
	8-800.cr	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 280 TE oder mehr
	8-800.d0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes

	Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 pathogeninaktiviertes Apherese- Thrombozytenkonzentrat
8-800.d1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 4 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 5 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.d9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate
8-800.da	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Apherese- Thrombozytenkonzentrate

	8-800.db	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.de	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.df	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dg	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dh	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dj	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dk	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dm	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.dn	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Apherese-

	Thrombozytenkonzentrate
8-800.dp	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.dq	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.dr	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.ds	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.dt	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.du	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.dv	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.dz	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.f0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 1 Apherese-Thrombozytenkonzentrat
8-800.f1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.f2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate

	8-800.f3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 4 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 10 bis unter 12 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 12 bis unter 14 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.f9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 14 bis unter 16 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fa	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 16 bis unter 18 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 18 bis unter 20 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 20 bis unter 24 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 24 bis unter 28 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fe	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 28 bis unter 32 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ff	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 32 bis unter 36 Apherese-Thrombozytenkonzentrate

	8-800.fg	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 36 bis unter 40 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fh	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 40 bis unter 46 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fj	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 46 bis unter 52 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fk	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 52 bis unter 58 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fm	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 58 bis unter 64 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fn	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 64 bis unter 70 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fp	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 70 bis unter 78 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fq	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 78 bis unter 86 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fr	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 86 bis unter 94 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fs	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 94 bis unter 102 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ft	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 102 bis unter 110 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fu	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 110 bis unter 118 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.fv	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 118 bis unter 126 Apherese-Thrombozytenkonzentrate

	8-800.fz	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 126 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat
	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 4 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 5 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 10 bis unter 12 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 12 bis unter 14 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.g9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 14 bis unter 16 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ga	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 16 bis unter 18 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.gb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 18 bis unter 20 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.gc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 20 bis unter 24 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.gd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 24 bis unter 28 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ge	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 28 bis unter 32 Thrombozytenkonzentrate
	8-800.gf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und

	Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 32 bis unter 36 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gg	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 36 bis unter 40 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gh	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 40 bis unter 46 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gj	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 46 bis unter 52 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gk	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 52 bis unter 58 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gm	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 58 bis unter 64 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gn	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 64 bis unter 70 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gp	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 70 bis unter 78 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gq	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 78 bis unter 86 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gr	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 86 bis unter 94 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gs	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 94 bis unter 102 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gt	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 102 bis unter 110 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gu	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 110 bis unter 118 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gv	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 118 bis unter 126 Thrombozytenkonzentrate
8-800.gz	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 126 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate
8-800.h1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 2 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes

	Thrombozytenkonzentrat: 3 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 4 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 5 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 8 bis unter 10 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 10 bis unter 12 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 12 bis unter 14 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.h9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 14 bis unter 16 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.ha	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 16 bis unter 18 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 18 bis unter 20 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 20 bis unter 24 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 24 bis unter 28 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.he	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 28 bis unter 32 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes

	Thrombozytenkonzentrat: 32 bis unter 36 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hg	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 36 bis unter 40 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hh	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 40 bis unter 46 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hj	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 46 bis unter 52 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hk	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 52 bis unter 58 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hm	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 58 bis unter 64 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hn	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 64 bis unter 70 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hp	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 70 bis unter 78 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hq	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 78 bis unter 86 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hr	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 86 bis unter 94 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hs	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 94 bis unter 102 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.ht	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 102 bis unter 110 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hu	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 110 bis unter 118 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hv	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes

	Thrombozytenkonzentrat: 118 bis unter 126 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.hz	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat: 126 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.j0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.j7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate

	8-800.j8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.j9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ja	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.jb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.jc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.jd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.je	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.jf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 374 oder mehr pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.k0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 134 bis unter 146 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
	8-800.k1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 146 bis unter 158

	Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 158 bis unter 170 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 170 bis unter 182 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 182 bis unter 194 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 194 bis unter 210 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 210 bis unter 226 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 226 bis unter 242 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 242 bis unter 258 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 258 bis unter 274 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.ka	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 274 bis unter 294 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.kb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 294 bis unter 314 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.kc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 314 bis unter 334 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.kd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 334 bis unter 354 Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.ke	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 354 bis unter 374

	Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.kf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate: 374 oder mehr Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.m0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 134 bis unter 146 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 146 bis unter 158 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 158 bis unter 170 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 170 bis unter 182 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 182 bis unter 194 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 194 bis unter 210 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 210 bis unter 226 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 226 bis unter 242 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 242 bis unter 258 Thrombozytenkonzentrate
8-800.m9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 258 bis unter 274 Thrombozytenkonzentrate
8-800.ma	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 274 bis unter 294 Thrombozytenkonzentrate
8-800.mb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 294 bis unter 314

	Thrombozytenkonzentrate
8-800.mc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 314 bis unter 334 Thrombozytenkonzentrate
8-800.md	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 334 bis unter 354 Thrombozytenkonzentrate
8-800.me	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 354 bis unter 374 Thrombozytenkonzentrate
8-800.mf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere Thrombozytenkonzentrate: 374 oder mehr Thrombozytenkonzentrate
8-800.n0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 134 bis unter 146 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 146 bis unter 158 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 158 bis unter 170 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 170 bis unter 182 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 182 bis unter 194 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 194 bis unter 210 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n6	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 210 bis unter 226 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-800.n7	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und

		Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 226 bis unter 242 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.n8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 242 bis unter 258 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.n9	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 258 bis unter 274 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.na	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 274 bis unter 294 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.nb	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 294 bis unter 314 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.nc	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 314 bis unter 334 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.nd	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 334 bis unter 354 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.ne	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 354 bis unter 374 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.nf	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate: 374 oder mehr pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
	8-800.x	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Sonstige
	8-800.y	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: N.n.bez.
	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung
Anmerkung 2 - im Feld "Diagnose(n)" (ENTLDIAG) dokumentationspflichtige Codes	A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A

A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Sepsis: Pseudomonas
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
A46	Erysipel [Wundrose]
D62	Akute Blutungsanämie
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I80.1	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V.femoralis
I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
I82.2	Embolie und Thrombose der V.Cava
K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis
K29.1	Sonstige akute Gastritis
K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.98	Sonstige Hernie ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K43.99	Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
K56.0	Paralytischer Ileus
K56.5	Intestinale Adhäsion [Briden] mit Obstruktion
K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet

K65.0	Akute Peritonitis
K65.8	Sonstige Peritonitis
K75.0	Leberabzess
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
K76.3	Leberinfarkt
K76.5	Veno-okklusive Leberkrankheit
K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.11	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.21	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.31	Gallengangsstein mit Cholangitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.40	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.41	Gallengangsstein mit Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.51	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion
K80.80	Sonstige Cholelithiasis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
K80.81	Sonstige Cholelithiasis: Mit Gallenwegsobstruktion
K81.0	Akute Cholezystitis
K81.1	Chronische Cholezystitis
K81.8	Sonstige Formen der Cholezystitis
K81.9	Cholezystitis, nicht näher bezeichnet
K82.0	Verschluss der Gallenblase
K82.1	Hydrops der Gallenblase
K82.2	Perforation der Gallenblase
K82.3	Gallenblasenfistel
K82.4	Cholesteatose der Gallenblase

K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase
K82.9	Krankheit der Gallenblase, nicht näher bezeichnet
K83.0	Cholangitis
K83.1	Verschluss des Gallenganges
K83.2	Perforation des Gallenganges
K83.3	Fistel des Gallenganges
K83.4	Spasmus des Sphinkter Oddi
K83.5	Biliäre Zyste
K83.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenwege
K83.9	Krankheit der Gallenwege, nicht näher bezeichnet
K85.00	Idiopathische akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.01	Idiopathische akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.11	Biliäre akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.21	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.30	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.31	Medikamenten-induzierte akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.80	Sonstige akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.81	Sonstige akute Pankreatitis: Mit Organkomplikation
K85.90	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer Organkomplikation
K85.91	Akute Pankreatitis, nicht näher bezeichnet: Mit Organkomplikation
K91.3	Postoperativer Darmverschluss
K91.5	Postcholezystektomie-Syndrom
K91.81	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen an Gallenblase und Gallenwegen
K91.88	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
K91.9	Krankheit des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet

	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf
	L03.3	Phlegmone am Rumpf
	S36.18	Verletzung: Gallengang
	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.2	Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.5	Fremdkörper, der versehentlich nach einem Eingriff in einer Körperhöhle oder Operationswunde zurückgeblieben ist
	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
	T81.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)

Textdefinition

Alle Herztransplantationen und alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

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 202~~21~~²⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~23~~²⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~²⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~²⁴' UND (ENTLDATEM = LEER ODER ENTLDATEM <= '31.12.202~~32~~²⁴')

Prozedur(en) der Tabelle HTX_OPS

OPS-Kode	Titel
5-375.0	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
5-375.1	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
5-375.3	Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
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. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation, mit Sternotomie
5-376.23	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation, transapikal
5-376.30	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe 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- Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe,
376.70 univentrikulär: Implantation
- 5- Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe,
376.80 biventrikulär: Implantation
- 5- Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-
376.90 aortales Herzunterstützungssystem: Implantation

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)

Textdefinition

Alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN MKU_OPS

Algorithmus in Textform

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 202~~21~~⁴³ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~21~~⁴³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~⁴³' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~⁴³' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~21~~⁴³')

Prozedur(en) der Tabelle MKU_OPS

OPS-Kode	Titel
5-376.20	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation, mit Sternotomie
5-376.23	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe), univentrikulär: Implantation, transapikal
5-376.30	Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe 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

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Herztransplantation (HTXM_TX)

Textdefinition

Alle Herztransplantationen

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HTX_OPS

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HTX_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 202~~21~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~34~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~32~~')

Prozedur(en) der Tabelle HTX_OPS

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

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 202~~21~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~43~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~32~~')

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

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 202~~21~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~43~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~32~~')

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.

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 202~~21~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~43~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~32~~')

Prozedur(en) der Tabelle LUTX_OPS

OPS-Kode	Titel

5-335.20	Lungentransplantation: Transplantation: Komplet (gesamtes Organ)

5-335.21	Lungentransplantation: Transplantation: Partiiell (Lungenlappen)

5-335.30	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Komplet (gesamtes Organ)

5-335.31	Lungentransplantation: Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes: Partiiell (Lungenlappen)

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

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 202~~21~~ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~43~~

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.202~~32~~')

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

Follow-up Herztransplantation (HTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Follow-up (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie 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. Dieses Datenfeld wird bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall,

			obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	~~entlassender Standort~~	~~□□□□□□□□~~	~~In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.~~
7	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der

			QS-Software vorbelegt werden.
8	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Empfängerdaten			
9	ET-Nummer		ET - Nummer aus ENIS
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS. Diese Einwilligung ist die Grundlage für die Nutzung personenbezogener Daten bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der externen QS. Bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 wird die ET-Nummer nicht zur Nutzung für QS-Zwecke übermittelt; für Transplantationen, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt worden sind, entfällt somit dieses Datenfeld.
11	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat <u>und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.</u> <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
Empfängerdaten			
12	Geburtsdatum		-
13	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	-

		3 = divers 8 = unbestimmt	
14	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	-
15	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	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.
16	Art der Follow-up-Erhebung	☐ 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	-
17	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	☐ ☐ (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.
18	behandelte Abstoßungsreaktionen seit dem letzten Jahres-Follow-up	☐ 0 = nein 1 = ja, Anzahl bekannt 2 = ja, Anzahl unbekannt 9 = unbekannt	Als Behandlung gilt: • Cortisonstoß • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie

wenn Anzahl bekannt			
19	Anzahl der behandelten Abstoßungsepisoden seit dem letzten Jahres-Follow-up	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1	Als Behandlung gilt: • Cortisonstoß • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie
Überlebensstatus des Empfängers			
20	Patient verstorben	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Patient verstorben			
21	Todesdatum	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	-
22	Todesursache(n) im Verlauf	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Todesursache"	-
Gegenwärtige Immunsuppression			
wenn Feld 16 IN (1;2;3;4;5) und wenn Feld 20 IN (0;9)			
23	Cyclosporin	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
24	Tacrolimus	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
25	Azathioprin	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
26	Mycophenolat	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
27	Steroide	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
28	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Sirolimus, Everolimus

29	andere	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Todesursache"	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 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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich

			nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.

			Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
10	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Empfängerdaten			
11	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-

12	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Grunderkrankung	☐ ☐ ☐ ☐ 1 = dilatative Kardiomyopathie (DCM) 2 = restriktive Kardiomyopathie (RCM) 3 = ischämische Kardiomyopathie (ICM) 4 = andere Herzerkrankungen	Unter "andere Herzerkrankungen" sind alle Grunderkrankungen anzugeben, die weder einer DCM, RCM oder ICM zuzuordnen sind.
14	Diabetes mellitus	☐ 0 = nein 1 = ja, ausschließlich diätetisch eingestellt 2 = ja, medikamentös eingestellt 3 = ja, insulinpflichtig	-
15	Wurden vor der stationären Aufnahme thorakale Operationen (offen-chirurgisch) am Patienten durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sind alle Eingriffe, die mit einer Thorakotomie/Sternotomie einhergehen, relevant.
wenn Feld 15 = 1			
16.1	Herztransplantation	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 15 = 1			
16.2	Assist Device/TAH	☐ 1 = ja	-
16.3	Koronarchirurgie	☐ 1 = ja	-
16.4	Klappenchirurgie	☐ 1 = ja	-
16.5	Korrektur angeborener Vitien	☐ 1 = ja	-
16.6	sonstige	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 15 = 1			
17.1	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen am Herzen	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 0 Angabe ohne Warnung: ≤ 20	Nicht offen-chirurgische Eingriffe wie die Implantation eines Herzschrittmachers oder TAVI werden in diesem Verfahren für ein erhöhtes operatives Risiko als nicht relevant angesehen.
17.2	Anzahl aller offen-chirurgischen Voroperationen unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 15 $\neq$ 0			
18	Datum der letzten thorakalen (offen-chirurgisch) Voroperation		Bitte das Datum der letzten thorakalen Voroperation vor der stationären Aufnahme eintragen.
19	Wurde während des stationären Aufenthaltes eine isolierte	☐	Hier bitte "ja" angeben, wenn während des aktuellen stationären

	Herztransplantation durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	Aufenthaltes mindestens eine Herztransplantation am Patienten durchgeführt wurde. Bei einer Herz-Lungentransplantation ist "nein" anzugeben.
wenn Feld 19 = 1			
20	Hepatitis B	☐ 0 = nein 1 = ja	Nachweis des HBs Antigens bzw. positiver PCR-Test
21	Hepatitis C	☐ 0 = nein 1 = ja	Nachweis des HCV Antikörpers bzw. positiver PCR-Test
22	Blutgruppe	☐ 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	Hier bitte die Blutgruppe anhand des ABO-Systems angeben.
23	Rhesusfaktor	☐ 1 = positiv 2 = negativ	-
24	Wurde während des stationären Aufenthaltes ein Herzunterstützungssystem / Kunstherz implantiert?	☐ 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 16.1 = LEER und wenn Feld 19 = 0			
25	Befand sich der Patient vor oder während des stationären Aufenthaltes auf der Warteliste für eine Herztransplantation?	☐ 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.
Implantation Herzunterstützungssystem/Kunstherz (M)			
Herzunterstützungssystem/Kunstherz			
26	Wievielte Implantation 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Indikation			
27	durchgeführter Eingriff	☐ 1 = Neuimplantation 2 = Systemwechsel 3 = Ergänzung eines vorhandenen Systems 8 = sonstiges	Hier wird von der Implantation eines permanenten Herzunterstützungssystems ausgegangen. Der Wechsel von einem temporären Herzunterstützungssystem (z.B. Impella, Centrimag) auf ein permanentes Herzunterstützungssystem ist als "Neuimplantation" anzugeben. Unter "Systemwechsel" ist nur der Austausch eines permanenten Systems zu verstehen. Unter "Ergänzung eines vorhandenen Systems" ist die zusätzliche Implantation eines weiteren

			permanenten Herzunterstützungssystems in einem separaten Eingriff zu verstehen (z.B. vorhandenes permanentes LVAD wird mit einem permanenten RVAD ergänzt) Erfolgt während eines stationären Aufenthaltes nach einer Neuimplantation ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff (z.B. Systemwechsel) ist jeweils ein weiterer Implantationsbogen auszufüllen.
28	Zielstellung	☐ 1 = BTT - bridge to transplant 2 = BTR - bridge to recovery 3 = DT - destination therapy 5 = BTC - bridge to candidacy 9 = andere Zielstellung	Bitte das präoperativ definierte Ziel der Implantation des Herzunterstützungssystems angeben, unabhängig davon, ob dieses erreicht wurde. Sollte im weiteren Verlauf der Therapie eine weitere Implantation eines dokumentationspflichtigen Herzunterstützungssystems notwendig sein, ist jeweils ein weiterer Implantationsbogen auszufüllen und für diesen ggf. eine geänderte Zielstellung anzugeben.
29	Lag bei dem Patienten zum Zeitpunkt des Eingriffs eine akute Herzinsuffizienz vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" auszufüllen, wenn eine akute Herzinsuffizienz ohne bekannte chronische Herzinsuffizienz vorlag (z.B. aufgrund einer akuten Myokardischämie oder einer akuten Myokarditis).
30	geplante Einsatzdauer des Herzunterstützungssystems > 7 Tage	☐ 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.
31	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher 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) [...]"
wenn Feld 27 = 1			
32	INTERMACS Profile-Level 1 - 7	☐ 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	Level des Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support (INTERMACS) Eine kardiochirurgische Einschätzung des INTERMACS-Levels soll unmittelbar zum Zeitpunkt der Implantation erfolgen und entsprechend dokumentiert werden.
33	linksventrikuläre Ejektionsfraktion > 35%	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert.
34	6 Minuten Gehtest: Distanz >= 500 Meter	☐ 0 = nein 1 = ja 2 = nicht durchgeführt 9 = nicht bestimmbar	Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert. Der Zeitpunkt der Erhebung sollte nicht größer als 2 Monate vor Eingriff zurückliegen. Sollte der 6 Minuten Gehtest aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands des Patienten oder aufgrund von mangelnden Voraussetzungen zur Testdurchführung (Menschen, die aufgrund einer Einschränkung ihrer Gehfähigkeit dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen sind und Säuglinge) nicht möglich gewesen sein, bitte mit "nicht bestimmbar" antworten. Sollte trotz der möglichen Durchführbarkeit des 6 Minuten Gehtests dieser nicht erfolgt sein, bitte "nicht durchgeführt" angeben.
35	maximale Sauerstoffaufnahme > 20 ml O ₂ /min/kg Körpergewicht	☐ 0 = nein 1 = ja 2 = nicht durchgeführt 9 = nicht bestimmbar	Bezieht sich auf den letzten präoperativ bestimmten Wert. Der Zeitpunkt der Erhebung sollte nicht größer als 2 Monate vor Eingriff zurückliegen. Sollte die Spiroergometrie aufgrund des reduzierten Allgemeinzustands des Patienten oder aufgrund von mangelnden Voraussetzungen zur Testdurchführung nicht möglich gewesen sein, bitte mit "nicht

			bestimmbar" antworten. Sollte trotz der möglichen Durchführbarkeit der Spiroergometrie diese nicht erfolgt sein, bitte "nicht durchgeführt" angeben.
wenn Feld 27 = 1			
36	dokumentierte stationäre Aufnahme aufgrund Linksherzdekompensation in den letzten 12 Monaten	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bitte "ja" angeben, wenn der Patient in den letzten 12 Monaten mindestens einmal 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 "nein" anzugeben. Ist eine entsprechende stationäre Aufnahme bei dem Patienten nicht erfolgt ist hier "nein" anzugeben.
wenn Feld 36 = 1			
37	Herzinsuffizienzmedikation bei dokumentiertem stationären Aufenthalt bekannt	☐ 0 = nein 1 = ja	Unter Herzinsuffizienzmedikation ist die Therapie z.B. mit ACE-Hemmern, Betablockern, Diuretika, Nitraten, AT1-Antagonisten, ARB zu verstehen. Siehe hierzu die aktuelle "Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz".
Operation			
38	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
39	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
40	Typ des Pumpsystems	☐ 1 = kontinuierliches Pumpsystem 2 = pulsatile Pumpsystem	-
41	Lage des Herzunterstützungssystems / Kunstherzens	☐	-

		1 = extrakorporal 2 = parakorporal 3 = intrakorporal	
42	Art des Unterstützungssystems	☐ 1 = permanentes LVAD 2 = permanentes RVAD 3 = permanentes BiVAD 4 = TAH 5 = VA-ECMO 6 = temporäres Herzunterstützungssystem	Bei Implantation eines permanenten RVAD bei präoperativ bestehendem permanenten LVAD bitte "permanentes RVAD" angeben. "Permanentes BiVAD" ist nur anzugeben, wenn permanentes RVAD und permanentes LVAD während des gleichen Eingriffs implantiert wurden und bereits bei Indikationsstellung geplant war, ein permanentes BiVAD zu implantieren. Ein temporäres Herzunterstützungssystem ist zu kodieren, wenn bspw. eine VA-ECMO, Centrimag, ECLS, Impella o.ä. zum Einsatz kommt.
43	Abbruch der Implantation	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier bitte "ja" angeben, wenn die Implantation des Herzunterstützungssystems oder Kunstherzens abgebrochen wurde.
Komplikationen			
44	Sepsis	☐ bei oder nach Implantation 0 = nein 1 = ja	Definition: Sepsis ist eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion verursacht wird. Bitte beachten Sie auch die ausführliche SEPSIS-3-Definition (siehe auch Weis S, Pletz MW, Bauer M: Sepsis - neue Definition, neue Kontroversen. Epid Bull 2017;37:415 - 419. DOI 10.17886/EpiBull-2017-049 und Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287) Es ist "ja" zu dokumentieren, wenn postoperativ eine Sepsis vorlag. Dies ist unabhängig vom Zeitpunkt des Auftretens der Sepsis. D.h. auch wenn die Sepsis bereits prä- oder intraoperativ vorlag, ist dieses Datenfeld mit "ja" zu dokumentieren.
45	neurologische Dysfunktion	☐ 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 Rankin-Skala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits (Schweregrad der Behinderung) nach einem Schlaganfall. "Modifizierte Rankin-Skala": 0 - Keine Symptome. 1 - Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome

			Alltagsaktivitäten verrichten. 2 - Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt. 3 - Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen. 4 - Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen. 5 - Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe. 6 - Tod infolge des Apoplex.
46	Fehlfunktion des Herzunterstützungssystems	☐ 0 = nein 1 = ja, technische Fehlfunktion 2 = ja, sekundäre Fehlfunktion	Technische Fehlfunktionen betreffen pumpenassoziierte Probleme wie z.B. Stromversorgung, Batterien, Kontrolleinheit o.ä.. Unter einer sekundären Fehlfunktion werden Ereignisse wie zum Beispiel eine Pumpenthrombose oder Ansaugphänomene verstanden.
wenn Feld 42 = 1			
47	Rechtsherzversagen	☐ 0 = nein 1 = ja	Bei akutem Rechtsherzversagen mit Schock 1=ja eintragen.
Transplantation (T)			
Transplantation			
48	Wievielte 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
Empfängerdaten			
49	PRA	☐ ☐ ☐ Panel Reactive Antibodies Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Anzahl positiv getesteter / Anzahl aller getesteten Panels in Prozent
Risikoprofil			
50	Dringlichkeit	☐ 1 = High urgency 2 = elektiv	Hier bitte die Dringlichkeit entsprechend dem ET-Status angeben.
51	CAS (Cardiac Allocation Score)	☐ ☐ ☐ ☐ Gültige Angabe: 0 - 100 Angabe ohne Warnung: >= 1	Dieses Feld ist im Falle einer Herztransplantation auszufüllen. Hier bitte den zuletzt übermittelten CAS zum Zeitpunkt der Transplantation dokumentieren.
52	aktuelle mechanische Kreislaufunterstützung	☐ 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 52 <> 0			
53	Beginn der aktuellen mechanischen Kreislaufunterstützung	□□.□□.□□□□	-
54	Lungengefäßwiderstand Wert	□□□□ 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.
55	Beatmung	☐ 0 = nein 1 = ja	Beatmungspflichtigkeit zum Zeitpunkt der Transplantation.
56.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	□□,□ 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.
56.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	□□□□ 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			
57	Induktionstherapie	☐ 0 = nein 1 = ATG 2 = OKT3 3 = IL2-Rezeptor-Antagonist 9 = Andere	-
58	Cyclosporin	☐ 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
59	Tacrolimus	☐ 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
60	Azathioprin	☐ 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
61	Mycophenolat	☐ 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
62	Steroide	☐ 0 = nein 1 = ja	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
63	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
64	andere	☐	In diesem Datenfeld sollen alle Immunsuppressiva, die initial nach

		0 = nein 1 = ja	der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
Spenderdaten			
65	Spenderalter	 Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 79 Angabe ohne Warnung: <= 70	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
66	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
67	Körpergröße	 Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
68	Körpergewicht	 Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
Befunde Spender			
69	Blutgruppe	☐ 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	-
70	Rhesusfaktor	☐ 1 = positiv 2 = negativ	-
71	Todesursache	 Spender siehe Schlüssel 1 "Todesursache"	-
72	Vasopressortherapie	☐ 0 = nein 1 = ja	-
73	CK-Wert	 Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l Angabe ohne Warnung: <= 2000 U/l	-
74	CK-MB-Wert	 Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l Angabe ohne Warnung: <= 500 U/l	-
75	Herzstillstand	☐ 0 = nein 1 = ja	-

76	hypotensive Periode	☐ 0 = nein 1 = ja	-
77	Koronarangiographie erfolgt	☐ 0 = nein 1 = ja	-
78	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	☐ 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
79	Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 79 = 1			
80	Kategorie des Spenderorgans	☐ 1 = a 2 = b 3 = c 9 = nicht kategorisiert	-
81	Datum des Eintritts des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls	□□.□□.□□□□	-
82	Datum der Organentnahme	□□.□□.□□□□	-
83	Hämatokrit (Hk)	□□□ Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Der Wert ist aus dem Spenderprotokoll zu entnehmen.
Operation			
84	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
85	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
86	Abbruch der Transplantation	☐	-

		0 = nein 1 = ja	
87	Organqualität zum Zeitpunkt der Transplantation	☐ 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
88	kalte Ischämiezeit	☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 1 - 720 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 360 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. ~~Nur bei Verwendung eines ex-vivo-Perfusionssystems (OCS) ist die Angabe einer kalten Ischämiezeit von weniger als 30 Minuten möglich.~~
Postoperativer Verlauf			
89	Cyclosporin	☐ 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.
90	Tacrolimus	☐ 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.
91	Azathioprin	☐ 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.
92	Mycophenolat	☐ 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.
93	Steroide	☐ 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	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
95	andere	☐ 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.
96.1	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen	☐ ☐ 0 = keine Gültige Angabe: >= 0	Als Behandlung gilt: • Cortisonstoß • Umstellung der Immunsuppression wg. Abstoßung • Antikörpertherapie • Bestrahlung und andere alternative Formen einer Rescuetherapie
96.2	Anzahl der behandelten Abstoßungsreaktionen unbekannt	☐ 1 = ja	-
Basis (B)			
Entlassung			
97	ET-Nummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ET - Nummer aus ENIS
98	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
99	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.~~ Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?</u> ~~Wurde ein ärztliches~~	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist

	<u>Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>		<u>insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
100	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
101	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
102	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 2 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Patient verstorben			
103	Todesursache(n) akut	□□	-

		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 102 <> '07'			
104	Wurde der Patient mit einem Herzunterstützungssystem / Kunstherzen entlassen, das während des stationären Aufenthaltes implantiert wurde?	☐ 0 = nein 1 = ja	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "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: 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
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet

	04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Leberlebenspende (LLS)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <u>des Spenders</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 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.~~ <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis <u>des Spenders</u>	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	~~Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter <u>Patient Spender</u>) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. <u>Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</u>~~ <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
4	Der <u>Patient Spender</u> verfügt über keine eGK-Versichertennummer	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>" ist für alle <u>Patienten Spender</u> zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen <u>Patienten Spender</u> handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der <u>Patient Spender</u> über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-

			Software vorgelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
6	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus		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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
10	Fachabteilung	☐ ☐ ☐ ☐ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Spenderdaten			
11	ET-Nummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ET - Nummer
12	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
13	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.~~ <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>

	<u>Transplantationsregister geführt?</u>		
Spenderdaten			
14	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
16	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
17	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
Operation			
18	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
19	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
Resezierte Lebersegmente			
20.1	Segment I	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.2	Segment II	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.3	Segment III	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)

20.4	Segment IV	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.5	Segment V	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.6	Segment VI	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.7	Segment VII	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
20.8	Segment VIII	☐ 1 = ja	Segment I bis Segment VIII: bitte das resezierte Lebersegment mit "ja" angeben (Mehrfachantworten sind möglich)
21	Gewicht entnommene Leber	☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: g Gültige Angabe: >= 1 g	-
Verlauf			
22	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	☐ 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)	<u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</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. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: <u>a: in Lokalanästhesie</u> <u>b: in Allgemeinnarkose</u> Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht <u>a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse)</u> <u>b: Multiorganversagen</u> Grad V = Tod des Patienten <u>Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf.</u> <u>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste anzugeben.</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.
wenn Feld 22 IN (1;2;3;4;5)			
23.1	Blutung	☐ 1 = ja	-
23.2	Gallenwegskomplikation	☐ 1 = ja	-
23.3	sekundäre Wundheilung	☐ 1 = ja	-
23.4	Ileus	☐ 1 = ja	-
23.5	akutes Leberversagen	☐ 1 = ja	-
23.6	Thrombose	☐ 1 = ja	-
23.7	Lungenembolie	☐ 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
23.8	Pneumonie	☐ nach den KISS- Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Infektionen der Unteren Atemwege C 1 a - C 1 c Pneumonie C 1 a Klinisch definierte Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung ☐ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. $\geq$ 70 Jahre und mindestens <u>zwei</u> der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder

			Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de). C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung ☐ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Erregernachweis im Blut ☐ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit ☐ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste ☐ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen ☐ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym ☐ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen C 1 c Atypische Pneumonie

			Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung und mindestens eines der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens eines der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens eines der folgenden: ☐ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ☐ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ☐ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ☐ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
23.9	sonstige Komplikationen	☐ 1 = ja	-
24	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 24 = 1			
25	Dominotransplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu dokumentieren, wenn der Spender geplant im Rahmen einer Dominotransplantation lebertransplantiert wurde
Entlassung			
26	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
27	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
28	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung

	vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Leberlebenspende (LLSFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis <u>des Spenders</u>	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter <u>PatientSpender</u>) 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. Dieses Datenfeld wird bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
4	Der <u>Patient-Spender</u> verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u> " ist für alle <u>Spender Patienten</u> zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der

			Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen <u>Spender Patient</u> handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der <u>Spender Patient</u> über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
8	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Spenderdaten			
9	ET-Nummer	□□□□□□	ET - Nummer
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS. Diese Einwilligung ist die Grundlage für die Nutzung personenbezogener Daten bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der externen QS. Bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 wird die ET-Nummer nicht zur Nutzung für QS-Zwecke übermittelt; für Transplantationen, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt worden sind, entfällt somit dieses Datenfeld.
11	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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.

			Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.~~ <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
<u>NEU</u>	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
Spenderdaten			
12	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
13	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
14	Datum der Leberlebendspende	□□.□□.□□□□	-
15	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	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.
16	Art der Follow-up-Erhebung	☐	-

		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	
17	Follow-up: Jahr(e) nach Lebendspende	☐ ☐ (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.
18	Spender verstorben	☐ 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 18 = 1			
19	Todesdatum	. .	-
wenn Feld 18 = 0			
20.1	Bilirubin i. S. in mg/dl	, 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.
20.2	Bilirubin i. S. in µmol/l	, 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.
20.3	Bilirubin i. S. unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 18 = 0			
21.1	Gamma-GT	 Angabe in: U/l Gültige Angabe: >= 0 U/l	-
21.2	Gamma-GT unbekannt	☐ 1 = ja	-
22.1	Komplikation ~~nach Clavien-Dindo-Klassifikation~~	☐ 0 = nein 1 = <u>chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)</u> 2 = <u>lebensbedrohliche</u>	<u>Bitte dokumentieren Sie „sonstige Komplikation“ sofern es sich nicht um eine chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention, eine lebensbedrohliche Komplikation oder den Tod der Patientin/ des Patienten handelt.</u> <u>~~Clavien-Dindo-Klassifikation:~~</u>

		<u>Komplikation-Grad II</u> (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKs, parenterale Ernährung) 3 = Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention) 3 = Tod 4 = Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation) 9 = sonstige Komplikation 5 = Grad V (Tod)	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. Grad II – Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III – Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV – Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen Grad V – Tod des Patienten Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf. 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>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste innerhalb des jeweiligen Follow-up-Jahres anzugeben.</u>
22.2	unbekannt, ob Komplikation vorliegt	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" anzugeben, wenn der Überlebensstatus des Patienten unbekannt ist bzw. wenn Komplikationen nicht sicher ausgeschlossen werden können.
wenn Feld 22.1 IN (1;2;3;94;5)			
23.1	Gallenwegskomplikation	☐	-

		1 = ja	
23.2	Narbenhernie	☐ 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn ein entsprechender Befund vorliegt, bzw. eine operative Versorgung im Follow-up-Zeitraum erfolgt ist.
23.3	leberbezogene Komplikationen	☐ 1 = ja	-
23.4	intraabdominelle Komplikationen	☐ 1 = ja	-
23.5	sonstige ~~eingriffsspezifische~~ Komplikationen	☐ 1 = ja	-
24	Lebertransplantation des Lebendspenders erforderlich	☐ 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 24 = 1			
25	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	-

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Lebertransplantation (LTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.

Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	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.
6	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
8	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.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	. .	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
10	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Empfängerdaten			
11	ET-Nummer		ET - Nummer aus ENIS
12	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
13	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt~~. <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
<u>NEU</u>	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>

	<u>Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>		
Empfängerdaten			
14	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
16	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
17	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
Transplantation (T)			
Transplantation			
18	Wievielte 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
19	Zentrumsangebot	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Datenfeld ist mit "ja" zu beantworten, wenn für die Transplantation ein Zentrumsangebot von Eurotransplant angenommen und transplantiert wurde.
Empfängerdaten			
20	Dringlichkeit der Transplantation gemäß Medical Urgency Code ET-Status	☐ 1 = HU (High Urgency) 2 = ACO (Approved Combined Organ) 3 = T (Transplantable)	-
21.1	Bilirubin i. S. in mg/dl	□□□,□ Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 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.
21.2	Bilirubin i. S. in µmol/l	□□□□,□	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation dokumentieren, wenn die Angabe des Serum-

		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: $\leq 855 \mu\text{mol/l}$	Bilirubins in $\mu\text{mol/l}$ erfolgt ist.
22.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	☐ ☐ ☐ Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: $\geq 0,1 \text{mg/dl}$ Angabe ohne Warnung: $0,2 - 12 \text{mg/dl}$	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation in mg/dl eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
22.2	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$	☐ ☐ ☐ ☐ Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Angabe in: $\mu\text{mol/l}$ Gültige Angabe: $\geq 1 \mu\text{mol/l}$ Angabe ohne Warnung: $18 - 1060 \mu\text{mol/l}$	Bitte den Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation in $\mu\text{mol/l}$ eintragen, sofern die Bestimmung des Kreatininwertes in dieser Einheit erfolgt.
23	INR (International Normalized Ratio)	☐ ☐ ☐ Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation Gültige Angabe: ≥ 0 Angabe ohne Warnung: $\geq 0,5$	Angabe der International Normalized Ratio Es soll jeweils der Wert der letzten Zertifizierung bei Eurotransplant vor der Transplantation angegeben werden.
24	Dialyse- oder Hämofiltrationsverfahren	☐ 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.
25	match MELD zugewiesen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 25 = 1			
26	match MELD	☐ ☐	-
wenn Feld 25 = 1			
27	Begründung für match MELD	☐ 0 = non-standard-exception 1 = standard-exception 2 = pädMELD (PELD)	-
wenn Feld 27 = 1			
28	standard exception	☐ ☐	-

		siehe Schlüssel 1 "standard exception"	
Spenderdaten			
29	Spendertyp	☐ 1 = hirntot 2 = Domino 3 = lebend	-
30	Spenderalter	 Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 200 Angabe ohne Warnung: <= 130	-
	<u>Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems</u>	☐ <u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u>	-
Operation			
31	Indikation zur Lebertransplantation	 siehe Schlüssel 2 "Diagnosen nach ELTR"	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.
32	OP-Datum	.	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33	Operation	1. - . 2. - . 3. - . 4. - . 5. - . 6. - . 7. - . 8. - . 9. - . 10. - . alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
34	Abbruch der Transplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
35	Spenderorgan	☐ 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	
36	kalte Ischämiezeit (Stunden)	☐ ☐ Angabe in: Stunden Gültige Angabe: 0 - 24 Stunden Angabe ohne Warnung: <= 12 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.
37	kalte Ischämiezeit (zusätzliche Minuten)	☐ ☐ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 1 - 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.
Verlauf			
38	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	☐ 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)	<u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</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. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: <u>a: in Lokalanästhesie</u> <u>b: in Allgemeinnarkose</u> Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht <u>a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse)</u> <u>b: Multiorganversagen</u> Grad V = Tod des Patienten <u>Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf.</u> <u>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste anzugeben.</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.
Basis (B)			
Entlassung Empfänger			

39	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
40	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
41	Entlassungsdiagnose nach ELTR	□□□ siehe Schlüssel 2 "Diagnosen nach ELTR"	-
42	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 3 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 42 = '07'			
43	Todesursache	□□□ siehe Schlüssel 4 "Todesursache"	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "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 Retransplantation 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/sekundär sklerosierende Cholangitis (SSC) 14 = Primär sklerosierende Cholangitis (PSC) 15 = Cholangiokarzinom 16 = Neuroendokrine Tumoren 17 = Billiäre Atresie
Schlüssel 2 "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 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-Protoporphyrria 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
Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
Schlüssel 4 "Todesursache"	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 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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Lebertransplantation (LTXFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie 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. Dieses Datenfeld wird bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen

			Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	~~entlassender Standort~~	~~□□□□□□□□~~	~~In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.~~
7	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.
8	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Empfängerdaten			
9	ET-Nummer	□□□□□□	ET - Nummer aus ENIS
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS. Diese Einwilligung ist die Grundlage für die Nutzung personenbezogener Daten bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der externen QS. Bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 wird die ET-Nummer nicht zur Nutzung für QS-Zwecke übermittelt; für Transplantationen, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt worden sind, entfällt somit dieses Datenfeld.
11	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat <u>und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.</u> <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
<u>NEU</u>	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>

	<u>Transplantationsregister geführt?</u>		
Empfängerdaten			
12	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
13	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
14	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	-
15	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	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.
16	Art der Follow-up-Erhebung	☐ 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/Spendender 6 = kein Kontakt zu Patient, weiterbehandelndem Arzt oder Angehörigen/Betreuer/Spendender	-
17	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	☐ (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.
Überlebensstatus des Empfängers			

18	Patient verstorben	☐ 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 18 = 1			
19	Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
20	Todesursache	□□□ siehe Schlüssel 1 "Todesursache"	Todesursache laut Schlüssel "Todesursache"
wenn Feld 18 = 0			
21	HCC vor Transplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 21 = 1			
22	HCC-Rezidiv	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
23.1	Komplikation ~~nach Clavien-Dindo-Klassifikation~~	☐ 0 = nein 1 = <u>chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)</u> 2 = <u>lebensbedrohliche Komplikation Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKS, parenterale Ernährung)</u> 3 = <u>Tod Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)</u> <u>94 = sonstige Komplikation Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)</u> 5 = Grad V (Tod)	<u>Bitte dokumentieren Sie „sonstige Komplikation“ sofern es sich nicht um eine chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention, eine lebensbedrohliche Komplikation oder den Tod der Patientin/ des Patienten handelt.</u> <u>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste innerhalb des jeweiligen Follow-up-Jahres anzugeben. Clavien-Dindo-Klassifikation:</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. Grad II – Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III – Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV – Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation

			notwendig macht a- Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b- Multiorganversagen Grad V – Tod des Patienten Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf. 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.
23.2	unbekannt, ob Komplikation vorliegt	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" anzugeben, wenn der Überlebensstatus des Patienten unbekannt ist bzw. wenn Komplikationen nicht sicher ausgeschlossen werden können.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Todesursache"	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 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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdaten Empfänger			
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	☐ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer		Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer	☐ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich

			beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf

			die Erstprozedur zu dokumentieren.
8	Betriebsstätten-Nummer	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
10	Fachabteilung	☐ ☐ ☐ ☐ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Empfängerdaten			
11	ET-Nummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ET - Nummer aus ENIS
12	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
13	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren	☐	Das Datenfeld ist als Grundlage der

	Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	0 = nein 1 = ja	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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat <u>und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.</u> <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?</u> <u>Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären.</u> <u>Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
Empfängerdaten			
14	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
16	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: <= 230 cm	-
17	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: <= 230 kg	-
18	Grunderkrankung	☐ 1 = obstruktive Lungenerkrankungen 2 = restriktive Lungenerkrankungen 3 = pulmonale Hypertension 4 = zystische Fibrose 9 = andere	-
19	Blutgruppe	☐	-

		1 = A 2 = B 3 = O 4 = AB	
Transplantation (T)			
Transplantation			
20	Wievielte 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
Empfängerdaten			
Risikoprofil			
wenn Feld 43 = 3			
21	Dringlichkeit	☐ 1 = High Urgency 2 = elektiv	Hier bitte die Dringlichkeit entsprechend dem ET-Status angeben.
wenn Feld 43 IN (1;2)			
22	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 zuletztübermittelten LAS zum Zeitpunkt der Transplantation dokumentieren.
23	thorakale Voroperation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
24	Beatmung präoperativ	☐ 0 = nein 1 = nicht-invasive Beatmung 2 = invasive Beatmung 3 = extrakorporale Membranoxygenation (ECMO,ECLA)	Beatmungspflichtigkeit zum Zeitpunkt der Transplantation
Immunsuppression initial			
25	Induktionstherapie	☐ 0 = nein 1 = ATG 2 = OKT3 3 = IL2-Rezeptor-Antagonist 9 = Andere	-
26	Cyclosporin	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden
27	Tacrolimus	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.

28	Azathioprin	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
29	Mycophenolat	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
30	Steroide	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
31	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
32	andere	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen alle Immunsuppressiva, die nach der Transplantation gegeben werden, erfasst werden.
Spenderdaten			
33	Art der Spende	☐ 1 = Lebendspende 2 = Postmortalspende	Wird eine bilaterale Lungentransplantation mit Lebendspende vorgenommen, so ist für die Spender ein jeweils eigener Teildatensatz anzulegen.
34	Spenderalter	 Alter in Jahren Gültige Angabe: 0 - 200 Angabe ohne Warnung: <= 130	Alter in Jahren zum Zeitpunkt der Transplantation
35	Blutgruppe	☐ 1 = A 2 = B 3 = 0 4 = AB	-
36	Beatmungsdauer	 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. Die Definition für die maschinelle Beatmung, Erläuterungen zur Kodierung und Erklärung der Berechnung der Dauer der Beatmung finden sich in den Deutschen Kodierrichtlinien. 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. 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. 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. Beginn (Auszug) Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit einem der folgenden Ereignisse. Endotracheale Intubation; Maskenbeatmung; Tracheotomie; Aufnahme eines beatmeten Patienten. 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.
NEU	<u>Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems</u>	☐ <u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u>	-
37	Organqualität zum Zeitpunkt der Entnahme	☐ 1 = gut 2 = mittel 3 = schlecht	-
Operation			
38	Datum der Transplantation	□□.□□.□□□□	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.
39	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
40	Abbruch der Transplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
41	Retransplantation	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 41 <> 0			
42	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	-
43	Transplantationsart	☐ 1 = unilaterale Transplantation (SLTx) 2 = bilaterale Transplantation (DLTx) 3 = Herz-Lungen-Transplantation (HLTx)	-
44	simultane Operationen	☐ 0 = keine 1 = weitere Transplantation 2 = kardialer Eingriff 3 = kontralateraler Lungeneingriff	-
45.1	Ischämiezeit (rechte Lunge)	□□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 1 - 960 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 480 Minuten	Hier bitte die Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans für die Lungenflügel separat angeben.
45.2	Ischämiezeit (linke Lunge)	□□□□ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 1 - 960 Minuten	Hier bitte die Zeit vom Abklemmen der thorakalen Aorta des Organspenders bis zum Beginn der Reperfusion des Spenderorgans für die Lungenflügel separat angeben.

		Angabe ohne Warnung: <= 480 Minuten	
Basis (B)			
Immunsuppression bei Entlassung			
wenn Feld 57 <> '07'			
46	Cyclosporin	☐ 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.
47	Tacrolimus	☐ 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.
48	Azathioprin	☐ 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.
49	Mycophenolat	☐ 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.
50	Steroide	☐ 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.
51	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja	Sirolimus, Everolimus
52	andere	☐ 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 57 <> '07'			
53	Patient bei Entlassung tracheotomiert	☐ 0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 53 = 0			
54.1	FEV1 (prädiktiver Wert in %)	 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).
54.2	FEV1-Messung nicht möglich	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu dokumentieren, wenn aus medizinischen und nachvollziehbaren Gründen die Erfassung des FEV1-Wertes nicht möglich ist.
Entlassung Empfänger			
55	Entlassungsdatum Krankenhaus		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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
56	Entlassungsdiagnose(n)	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. ... 30. alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
57	Entlassungsgrund		-

		siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	
wenn Feld 57 = '07'			
58	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 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie 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. Dieses Datenfeld wird bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen

			Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	~~entlassender Standort~~	~~□□□□□□□□~~	~~In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.~~
7	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.
8	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Empfängerdaten			
9	ET-Nummer	□□□□□□	ET - Nummer aus ENIS
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS. Diese Einwilligung ist die Grundlage für die Nutzung personenbezogener Daten bei nicht gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten im Rahmen der externen QS. Bei Follow-up für Transplantationen in den Jahren 2017 bis 2019 wird die ET-Nummer nicht zur Nutzung für QS-Zwecke übermittelt; für Transplantationen, die in den Jahren 2017 bis 2019 durchgeführt worden sind, entfällt somit dieses Datenfeld.
11	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.~~ <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>	☐ <u>0 = nein</u> <u>1 = ja</u> <u>9 = unbekannt</u>	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
Empfängerdaten			
12	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
13	Geschlecht	☐	-

		1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
14	Datum der letzten Transplantation	□□.□□.□□□□	-
15	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	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.
16	Art der Follow-up-Erhebung	☐ 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	-
17	Follow-up: Jahr(e) nach Transplantation	☐ ☐ (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.
Überlebensstatus des Empfängers			
18	Patient verstorben	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-

wenn Feld 18 = 1			
19	Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
20	Todesursache(n) im Verlauf	☐ 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			
21	FEV 1 (höchster Wert)	, 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.
22	FEV 1 (aktueller Wert)	, Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0,1 % Angabe ohne Warnung: <= 100 %	Hier bitte den zum Zeitpunkt des Follow-up ermittelten Wert dokumentieren.
wenn Feld 21 = LEER oder wenn Feld 22 = LEER			
23	FEV1-Messung nicht möglich	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu dokumentieren, wenn aus medizinischen und nachvollziehbaren Gründen die Erfassung des FEV1-Wertes nicht möglich ist.
Gegenwärtige Immunsuppression			
wenn Informationen zum Patienten vorliegen und wenn Feld "Patient verstorben" IN (0;9)			
24	Cyclosporin	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
25	Tacrolimus	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
26	Azathioprin	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
27	Mycophenolat	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.
28	Steroide	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.

29	m-ToR-Inhibitor	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Sirolimus, Everolimus
30	andere	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hier werden alle Immunsuppressiva erfasst, die der Patient im abgelaufenen Jahr erhalten hat.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Nierenlebendspende (NLS)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdokumentation			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <u>des Spenders</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 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.~~ <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis <u>des Spenders</u>	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	~~Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter PatientSpender) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der <u>Spender Patient</u> verfügt über keine eGK-Versichertennummer	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>" ist für alle <u>Spender Patienten</u> zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen <u>Spender Patienten</u> handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der <u>Spender Patient</u> über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-

			Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus		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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021.
10	Fachabteilung	☐ ☐ ☐ ☐ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Spenderdaten			
11	ET-Nummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	ET - Nummer
12	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
13	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat ~~und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.~~ <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
NEU	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>

	<u>Transplantationsregister geführt?</u>		
Spenderdaten			
14	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
16	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: >= 0 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 230 cm	-
17	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: >= 0 kg Angabe ohne Warnung: 1 - 230 kg	-
Anamnese			
18	arterielle Hypertonie präoperativ	☐ 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.
19.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	□□, □ präoperativ (letzter vorliegender Wert) 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
19.2	Kreatininwert i.S. in μmol/l	□□□□ präoperativ (letzter vorliegender Wert) 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			
20	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
21	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu

		4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
22	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
Verlauf			
23	Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation	☐ 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)	<u>Clavien-Dindo-Klassifikation:</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. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen Grad V = Tod des Patienten ~~Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf.~~ <u>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste anzugeben.</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.
wenn Feld 23 IN (1;2;3;4;5)			
24.1	Blutung	☐ > 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.
24.2	Reoperation erforderlich	☐ 1 = ja	Gemeint sind alle unvorhergesehenen Folgeeingriffe aufgrund von Komplikationen des Primäreingriffs. Zu dokumentieren sind z.B. alle Re-Operationen aufgrund von Gefäß- oder Ureterkomplikation, tiefer Infektion oder Platzbauch.
24.3	sonstige Komplikationen	☐ 1 = ja	-
Entlassung			
25	Spender bei Entlassung dialysepflichtig?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 33 <> '07' und wenn Feld 25 = 0			
26.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	☐ ☐ ☐ 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.
26.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	☐ ☐ ☐ ☐ 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 33 <> '07' und wenn Feld 25 = 0			
27	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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. (Spontanurin) anzugeben. Wenn die Angabe Albumin i. U. >=30 mg/l gemacht wurde bzw. das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. unbekannt ist, bleibt dieses Feld leer.
wenn Feld 33 <> '07' und wenn Feld 27 = LEER und wenn Feld 25 = 0			
28	Albumin i. U. >= 30mg/l	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Angabe bezieht sich auf den letzten postoperativ erhobenen Albumin i. U.-Wert (Spontanurin) vor Entlassung. Wenn das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. in mg/g dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
wenn Feld 28 = 1			
29	Albumin i. U.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: mg/l Gültige Angabe: >= 1 mg/l Angabe ohne Warnung: <= 1000 mg/l	Hierbei ist der letzte postoperative Albumin i. U. - Wert (Spontanurin) vor Entlassung anzugeben.
30	arterielle Hypertonie	☐	Hier bitte "ja" angeben, wenn RR- Werte in Ruhe am liegenden oder sitzenden Patienten

		systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg 0 = nein 1 = ja	systolisch > 140 mmHg oder diastolisch > 90 mmHg gemessen werden bzw. wenn der Patient mit Antihypertensiva behandelt wird.
31	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021
32	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10- GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
33	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Feld 33 = '07'			
34	Todesursache	□□□ 1 = Infektion 2 = kardiovaskulär 3 = cerebrovaskulär	-

		4 = andere 9 = unbekannt	

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Follow-up Nierenlebendspende (NLSFU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Follow-up (auszufüllen nach 1, 2 und 3 Jahren)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis <u>des Spenders</u>	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u>	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter <u>PatientSpender</u>) 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
4	Der <u>Spender Patient</u> verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer <u>des Spenders</u> " ist für alle <u>Spender Patienten</u> zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen

			<u>Spender Patient</u>-handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der <u>Spender Patient</u> über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	~~entlassender Standort~~	~~□□□□□□□□~~	~~In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.~~
7	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von

			der QS-Software vorbelegt werden.
8	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patientenidentifizierende Spenderdaten			
9	ET-Nummer	□□□□□□	ET - Nummer
10	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an die Bundesauswertungsstelle vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zur Nutzung im Rahmen der externen QS.
11	Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?	☐ 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. Eine wirksame Einwilligung liegt dann vor, wenn der Patient diese freiwillig gegeben hat <u>und zu diesem Zeitpunkt kein Widerruf vorliegt.</u> <u>Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.</u>
<u>NEU</u>	<u>Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt? Wurde ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Einwilligungsentscheidung des Patienten zur weiteren Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister geführt?</u>	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	<u>Gemäß § 15e Abs. 6 TPG sind Patientinnen und Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt im Transplantationszentrum über die Bedeutung und Tragweite der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufzuklären. Hierbei ist insbesondere darüber aufzuklären, dass im Fall des Widerrufs der datenschutzrechtlichen Einwilligung die bis dahin übermittelten Daten weiter verarbeitet werden dürfen.</u>
Spenderdaten			
12	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
13	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich	-

		3 = divers 8 = unbestimmt	
14	Datum der Nierenlebenspende	□□.□□.□□□□	-
15	Datum der Follow-up-Erhebung	□□.□□.□□□□	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.
16	Art der Follow-up-Erhebung	☐ 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	-
17	Follow-up: Jahr(e) nach Lebenspende	☐ ☐ (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.
18	Spender verstorben	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt oder Follow-up nicht möglich	-
wenn Spender verstorben			
19	Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
wenn Spender lebt			
20	Spender dialysepflichtig?	☐	-

		0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
wenn Spender nicht dialysepflichtig			
21.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	☐ ☐ ☐ Follow-up 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.
21.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	☐ ☐ ☐ ☐ Follow-up 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.
21.3	Kreatininwert i.S. unbekannt	☐ Follow-up 1 = ja	-
wenn Spender nicht dialysepflichtig			
22	Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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. (Spontanurin) anzugeben. Wenn die Angabe Albumin i. U. >=30 mg/l gemacht wurde bzw. das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i.U. unbekannt ist, bleibt dieses Feld leer.
wenn Feld 20 IN (0;9) und wenn Feld 22 = LEER			
23	Albumin i. U. >= 30mg/l	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Diese Angabe bezieht sich auf den letzten postoperativ erhobenen Albumin i. U. - Wert (Spontanurin) vor Entlassung. Wenn das Albumin-Kreatinin-Verhältnis i. U. in mg/g dokumentiert wurde, bleibt dieses Feld leer.
wenn Feld 23 = 1			
24	Albumin i. U.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: mg/l Gültige Angabe: >= 1 mg/l Angabe ohne Warnung: <= 1000 mg/l	Hierbei ist der letzte Albumin i. U. - Wert (Spontanurin) anzugeben.
25.1	Komplikation ~~nach Clavien-Dindo-Klassifikation~~	☐ 0 = nein 1 = <u>chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention Grad I (erlaubte Behandlungsoptionen)</u> 2 = <u>lebensbedrohliche Komplikation Grad II (weiterführende pharmakologische Behandlung, EKS, parenterale Ernährung)</u> 3 = <u>Tod Grad III (chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention)</u> 4 = <u>sonstige Komplikation Grad IV (lebensbedrohliche Komplikation)</u> 5 = <u>Grad V (Tod)</u>	<u>Bitte dokumentieren Sie „sonstige Komplikation“ sofern es sich nicht um eine chirurgische, radiologische oder endoskopische Intervention, eine lebensbedrohliche Komplikation oder den Tod der Patientin/ des Patienten handelt.</u> <u>Bei mehreren aufgetretenen Komplikationen ist immer die schwerwiegendste innerhalb des jeweiligen Follow-up-Jahres anzugeben. Clavien-Dindo-Klassifikation:</u> <u>Grad I – Jede Abweichung vom normalen postoperativen Verlauf ohne Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung oder chirurgischer, radiologischer, endoskopischer Intervention. Erlaubte Behandlungsoptionen: Medikamente</u>

			wie: Antipyretika, Analgetika, Diuretika, Elektrolyte; Physiotherapie; in diese Gruppe fallen ebenfalls Wundinfektionen, die am Patientenbett eröffnet werden. Grad II = Notwendigkeit pharmakologischer Behandlung mit anderen als bei Grad I erlaubten Medikamenten. Grad III = Notwendigkeit chirurgischer, radiologischer oder endoskopischer Intervention: a: in Lokalanästhesie b: in Allgemeinnarkose Grad IV = Lebensbedrohliche Komplikation (inklusive zentralnervöser Komplikation) die Behandlung auf der Intensivstation notwendig macht a: Versagen eines Organsystems (inklusive Dialyse) b: Multiorganversagen Grad V = Tod des Patienten Die Einstufung der Komplikation in die Clavien-Dindo-Klassifikation erfolgt nach diagnostischem bzw. therapeutischem Handlungsbedarf. 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.
25.2	unbekannt, ob Komplikation vorliegt	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" anzugeben, wenn der Überlebensstatus des Patienten unbekannt ist bzw. wenn Komplikationen nicht sicher ausgeschlossen werden können.
wenn Spender lebt			
26	arterielle Hypertonie	☐ 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.

Information zum Zählleistungsbereich

Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)

Textdefinition

Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_AK_CHIR_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR; 2) = '10' UND PERSONENKREIS IN ('00'; LEER)

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_AK_CHIR_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~1~~2 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~3

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03'; '04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~1~~2' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~1~~2' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENTLDATEUM <= '31.12.202~~3~~2')

Prozedur(en) der Tabelle HCH_AK_CHIR_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
5-351.07 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
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
- 5-352.08 Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- 5-352.0x Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Sonstige
- 5-353.0 Valvuloplastik: Aortenklappe, Raffung
- 5-353.6 Valvuloplastik: Aortenklappe, Anuloplastik mit Implantat
- 5-353.7 Valvuloplastik: Aortenklappe, Taschenrekonstruktion
- 5-354.0c Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Ersatz durch Autotransplantation [Ross-Operation]
- 5-358.00 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenrekonstruktion
- 5-358.01 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
- 5-358.02 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 5-358.03 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
- 5-358.04 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
- 5-358.06 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 5-358.09 Operation bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)
- 5-358.0x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Sonstige

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)
- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung

- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal

- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-393.00 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.

Information zum Zählleistungsbereich

Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)

Textdefinition

Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_AK_KATH_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER
UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'
UND PERSONENKREIS IN ('00';LEER)

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_AK_KATH_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~2~~1 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~3

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~2~~1' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~2~~1' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~2~~3)

Prozedur(en) der Tabelle HCH_AK_KATH_OPS

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-35a.03 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat
- 5-35a.04 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär selbstexpandierendem Implantat

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX**OPS-Kode Titel**

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)

- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)
- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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 Lungenvenenfehlöffnung: Total
- 5-359.21 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur einer Lungenvenenfehlöffnung: 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Replantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Replantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung
- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese

- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-393.00 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.

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzchirurgie (HCH)

Textdefinition

In einem Katalog von Einschlussprozeduren definierte koronarchirurgische Operationen, kathetergestützte Aortenklappeneingriffe, offen chirurgische Aortenklappeneingriffe, kathetergestützte Mitralklappeneingriffe und offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

```
PROZ EINSIN HCH_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER UND
format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10' UND
PERSONENKREIS IN ('00';LEER)
```

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
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~1~~² und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

```
AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.20212' UND AUFNDATUM <=
'31.12.20212' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.20233)
```

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS

OPS-Kode Titel

- 5-350.2 Valvulotomie: Mitralklappe, geschlossen
- 5-350.3 Valvulotomie: Mitralklappe, offen
- 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
- 5-351.07 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")

- 5-351.0x Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Sonstige
- 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
- 5-352.00 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
- 5-352.08 Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- 5-352.0x Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Sonstige
- 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
- 5-353.0 Valvuloplastik: Aortenklappe, Raffung
- 5-353.1 Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
- 5-353.2 Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
- 5-353.6 Valvuloplastik: Aortenklappe, Anuloplastik mit Implantat
- 5-353.7 Valvuloplastik: Aortenklappe, Taschenrekonstruktion
- 5-354.0c Andere Operationen an Herzklappen: Aortenklappe: Ersatz durch Autotransplantation [Ross-Operation]
- 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
- 5-354.14 Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Entkalkung
- 5-354.1x Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Sonstige
- 5-358.00 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenrekonstruktion
- 5-358.01 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Allotransplantat
- 5-358.02 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat (Bioprothese)
- 5-358.03 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Xenotransplantat, stentless
- 5-358.04 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Kunstprothese
- 5-358.06 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 5-358.09 [Operation bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat \(„mitwachsende Herzklappe“\)](#)
- 5-358.0x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Sonstige
- 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

- 5-358.16 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Alлотransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 5-358.18 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.1x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Sonstige
- 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
- 5-35a.03 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär ballonexpandierbarem Implantat
- 5-35a.04 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär, mit primär selbstexpandierendem Implantat
- 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: Mitralklappensegelplastik, transarteriell
- 5-35a.41 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transvenös
- 5-35a.42 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transapikal
- 5-35a.43 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, transarteriell
- 5-35a.44 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, transvenös
- 5-35a.45 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, über den Koronarsinus
- 5-35a.4x Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Sonstige
- 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

- [illegible]

- 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. mamma interna-Transplantat (IMA-Transplantat)
- 8-837.a1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballonvalvuloplastie (Ballonvalvulotomie): Mitralklappe

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit

- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)
- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung
- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese

- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-393.00 Anlegen eines anderen Shundes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis
- 5-393.01 Anlegen eines anderen Shundes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis
- 5-393.02 Anlegen eines anderen Shundes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia
- 5-393.03 Anlegen eines anderen Shundes 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.

Information zum Zählleistungsbereich

Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Koronarchirurgische Operationen (HCH_KC)

Textdefinition

Koronarchirurgische Operationen bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_KC_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10' UND PERSONENKREIS IN ('00';LEER)

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_KC_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~21~~²⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~²⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~²⁴' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~23~~²³')

Prozedur(en) der Tabelle HCH_KC_OPS

OPS-Kode Titel

- 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. mamma interna-Transplantat (IMA-Transplantat)

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)

- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung
- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung

- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma

- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese 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.

Information zum Zählleistungsbereich

Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)

Textdefinition

Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_MK_CHIR_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER
UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'
UND PERSONENKREIS IN ('00';LEER)

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_MK_CHIR_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~2~~1 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~3

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~1~~1' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~1~~1' UND (ENTL DATUM = LEER ODER ENTL DATUM <= '31.12.202~~3~~3)

Prozedur(en) der Tabelle HCH_MK_CHIR_OPS

OPS-Kode Titel

- 5-350.2 Valvulotomie: Mitralklappe, geschlossen
- 5-350.3 Valvulotomie: Mitralklappe, offen
- 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
- 5-352.10 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
- 5-353.1 Valvuloplastik: Mitralklappe, Anuloplastik
- 5-353.2 Valvuloplastik: Mitralklappe, Segelrekonstruktion
- 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
- 5-354.14 Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Entkalkung
- 5-354.1x Andere Operationen an Herzklappen: Mitralklappe: Sonstige
- 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
- 5-358.16 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat (Ross-Operation)
- 5-358.18 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.1x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Sonstige

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)
- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Retransplantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung

- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal

- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-393.00 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.

Information zum Zählleistungsbereich

Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)

Textdefinition

Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe bei Patienten ab 18 Jahren.

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN HCH_MK_KATH_OPS UND PROZ KEINSIN HCH_OPS_EX UND ALTER >= 18 UND VERSICHERTENIDNEU <> LEER
UND format(VERSICHERTENIDNEU; '[A-Z][0-9]{9}') = WAHR UND LENGTH(KASSEIKNR) = 9 UND LEFT(KASSEIKNR;2) = '10'
UND PERSONENKREIS IN ('00';LEER)

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_MK_KATH_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle HCH_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18
und
die vorliegende eGK-Versichertennummer entspricht dem vorgegebenen Format
und
das 9-stellige Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte beginnt mit der Zeichenkette '10'
und
gemäß eGK-Versichertenkarte liegt kein besonderer Personenkreis vor

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 202~~2~~1 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~3

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~2~~1' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~2~~1' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~2)

Prozedur(en) der Tabelle HCH_MK_KATH_OPS

OPS-Kode Titel

- 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: Mitralklappensegelplastik, transarteriell
- 5-35a.41 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transvenös
- 5-35a.42 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappensegelplastik, transapikal

- 5-35a.43 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, transarteriell
- 5-35a.44 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, transvenös
- 5-35a.45 Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Mitralklappenanuloplastik, über den Koronarsinus
- 5-35a.4x Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Mitralklappenrekonstruktion: Sonstige
- 8-837.a1 Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Ballonvalvuloplastie (Ballonvalvulotomie): Mitralklappe

Prozedur(en) der Tabelle HCH_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 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
- 5-352.24 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-352.25 Wechsel von Herzklappenprothesen: Pulmonalklappe: Xenotransplantat/Kunstprothese durch klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 5-354.08 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
- 5-354.28 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, mechanisch
- 5-354.29 Andere Operationen an Herzklappen: Pulmonalklappe: Implantation klappentragende Gefäßprothese, biologisch
- 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.
- 5-356.3 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
- 5-357.1 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
- 5-357.9 Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien: Durchtrennung des Lig. arteriosum bei Kompression der intrathorakalen Trachea
- 5-358.05 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.07 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)

- 5-358.15 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.17 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Mitralklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.25 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch klappentragendes Conduit
- 5-358.27 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Pulmonalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 5-358.37 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Trikuspidalklappe: Klappenersatz durch Autotransplantat und Allotransplantat/Xenotransplantat mit Erweiterungsplastik des linksventrikulären Ausflusstraktes (Ross-Konno-Operation)
- 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)
- 5-358.48 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: AV-Klappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 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)
- 5-358.58 Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Valvulotomie, offen chirurgisch
- 5-358.5x Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Truncusklappe: Sonstige
- 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
- 5-359.8 Andere Operationen am Herzen bei kongenitalen Anomalien: Korrektur eines Absent Pulmonary Valve Syndrom
- 5-375.0 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, orthotop
- 5-375.1 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herztransplantation, heterotop (Assistenzherz)
- 5-375.2 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Transplantation (En-bloc)
- 5-375.3 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Replantation während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.4 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: Herz-Lungen-Replantation (En-bloc) während desselben stationären Aufenthaltes
- 5-375.y Herz- und Herz-Lungen-Transplantation: N.n.bez.
- 5-376.40 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.41 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.50 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.51 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Intrakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.60 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Implantation
- 5-376.61 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Kunstherz (totaler Herzersatz): Entfernung
- 5-376.70 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Implantation
- 5-376.71 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, univentrikulär: Entfernung
- 5-376.80 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Implantation
- 5-376.81 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Entfernung
- 5-376.90 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Implantation
- 5-376.91 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Wechsel des Gesamtsystems
- 5-376.94 Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Entfernung
- 5-376.9x Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Permanent implantierbares extra-aortales Herzunterstützungssystem: Sonstige
- 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 biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal

- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-393.00 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

Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (HCH)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
4	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de 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.
5	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
6	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
7	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
8	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□ □	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> .
10	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
11	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
12.1	Körpergröße	□□□ Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben. Angabe der Größe gemessen (nicht geschätzt).
12.2	Körpergröße unbekannt	☐ 1 = ja	-
13.1	Körpergewicht bei Aufnahme	□□□ Angabe in: kg Gültige Angabe: 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.
13.2	Körpergewicht unbekannt	☐ 1 = ja	-
Anamnese / Befund			
14	klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA-Klassifikation)	☐ 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	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
15	medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)	☐ <u>Bitte geben Sie nachfolgend unbedingt alle verordneten Medikamentenklassen an. (Mehrfachauswahl möglich)</u> 0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 15 =1			
16.1	Betablocker	☐ 1 = ja	-
16.2	AT1-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Nephilysin-Hemmer	☐ 1 = ja	-
16.3	Diuretika	☐ 1 = ja	-
16.4	Aldosteronantagonisten	☐ 1 = ja	-
16.5	andere Medikation zur Therapie der Herzinsuffizienz	☐ 1 = ja	-
17	Angina Pectoris	☐ 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)	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben. Stadieneinteilung der stabilen Angina pectoris der Canadian Cardiovascular Society (CCS) Stadium Definition CCS I keine Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität - Angina pectoris nur bei starken, schnellen oder anhaltenden Belastungen CCS II leichte Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität - Angina pectoris beim Gehen oder Treppensteigen mit erhöhter Geschwindigkeit oder nach Mahlzeiten, Gehen von mehr als 100 m oder Treppensteigen von mehr als 1 Etage in normaler Geschwindigkeit, Bergaufgehen, Kälte, emotionalem Stress CCS III deutliche Einschränkung der normalen körperlichen Aktivität - Angina pectoris bei Gehen von weniger als 100 m oder nach Treppensteigen von 1 Etage in normaler Geschwindigkeit CCS IV Angina pectoris bei jeder körperlichen Belastung oder bereits in Ruhe
18	klinisch nachgewiesene(r) Myokardinfarkt(e) STEMI oder NSTEMI	☐ 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	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben. Es gelten die Diagnosekriterien der DGK aus: Kommentar zur dritten allgemeinen Definition des Myokardinfarkts der gemeinschaftlichen ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force, Schofer et al., Kardiologie 2014;8:65-71. Third universal definition of myocardial infarction. Thygesen et

		unbekannt 9 = unbekannt	al., Eur. Heart J 2012; 33:2551-2567
19	kardiogener Schock / Dekompensation	☐ 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	Klinisch nachgewiesener kardiogener Schock oder dekompensierte Herzinsuffizienz. Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
20	Reanimation	☐ 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. Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
21.1	systolischer Pulmonalarteriendruck	☐ ☐ ☐ Angabe in: mmHg	Invasiv gemessen oder echokardiographisch über eine Trikuspidalklappeninsuffizienz geschätzt. Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
21.2	systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt	☐ 1 = ja	-
22	Herzrhythmus	☐ 1 = Sinusrhythmus 2 = Vorhofflimmern 9 = anderer Herzrhythmus	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben. Bei schrittmacherabhängigen Patienten bitte "anderer Herzrhythmus" angeben.
23	Vorhofflimmern anamnestisch bekannt	☐ 0 = nein 1 = paroxysmal 2 = persistierend 3 = permanent	-
24	Patient ist Schrittmacher- / Defi-Träger	☐ 0 = nein 1 = Schrittmacher ohne CRT-System 2 = Schrittmacher mit CRT-System 3 = Defibrillator ohne CRT-System 4 = Defibrillator mit CRT-System	Hier bitte eintragen ob der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme permanenter Schrittmacher- und/oder Defibrillatorträger ist.
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die

		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	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			
26.1	LVEF	 Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiographie, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.
26.2	LVEF unbekannt	☐ 1 = ja	-
27	Befund der koronaren Bildgebung	☐ 0 = keine KHK 1 = 1-Gefäßerkrankung 2 = 2-Gefäßerkrankung 3 = 3-Gefäßerkrankung	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
28	Hauptstammstenose	☐ 0 = nein 1 = ja, gleich oder größer 50%	Bitte mit "ja" beantworten, wenn die Stenose des linken Hauptstamms gleich oder größer als 50% ist. Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
wenn Feld 27 IN (1;2;3)			

29	Revaskularisation indiziert	☐ 0 = nein 1 = ja, operativ 2 = ja, interventionell	-
Vorausgegangene(r) interventionelle(r) Koronareingriff(e)			
30	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI) durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
31	Datum letzte PCI	□□.□□.□□□□	-
<u>Vor-OP(S) an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung</u>			
32	Anzahl	☐ 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. <u>Es sollen alle Vor-OP(S) an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung dokumentiert werden.</u>
Weitere Begleiterkrankungen			
33	akute Infektion(en)	1. ☐ ☐ 2. ☐ ☐ 3. ☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "akute Infektion"	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: Sepsis liegt vor bei klinischen Symptomen einer Infektion mit Nachweis von Keimen aus Blutkulturen (mindestens zwei positive Blutkulturen!) oder das klassische klinische Bild eines Endotoxin-Schocks zu 3: eine broncho-pulmonale Infektion liegt vor bei: - 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 zu 4: oto-laryngologische Infektionen: Infektion im Hals-Nasen-Ohren-Bereich. 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 Keimbesiedlung, mit bakteriologischem Keimnachweis aus dem resezierten Klappenpräparat bzw. bei mikroskopischem Nachweis von Bakterien (auch bei negativer Kultur) als gesichert. zu 6: Eine Peritonitis besteht bei Vorliegen eines akuten Abdomens und entsprechenden laborchemischen Entzündungsparametern. zu 7: Wundinfektion Thorax liegt vor bei Wunden (nicht bei primär heilenden Wunden) mit primärem Keimnachweis aus der Wunde, sowie bei Keimnachweis aus Wundpunktaten. In diese Kategorie fallen alle Infektionen im thorakalen Bereich, die nicht bereits als Mediastinitis angegeben sind. 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. 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. zu 10: Eine Harnwegsinfektion liegt vor, wenn im Zusammenhang mit Miktionsbeschwerden im Mittelstrahl-Urin 105 Keime nachgewiesen werden können. zu 11: In die Kategorie Wundinfektionen untere Extremitäten fallen alle infizierten Wunden an den Beinen sowie inguinale Wundinfektionen zu 18: Andere Wundinfektion liegt vor; wenn es sich nicht um Wunden im thorakalen Bereich oder am Bein handelt, fallen diese in diese Kategorie. zu 88: In diese Kategorie sonstige Infektion gehören z. B. Pilzinfektionen der Mundschleimhaut (Soor), Tonsillitiden, eine akute Pharyngitis, grippale Infekte und andere virale oder bakterielle Infektionen (z. B. Panaritium, Furunkel etc.)
34	Diabetes mellitus	☐ 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	-
35	arterielle Gefäßerkrankung	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Betrifft alle peripheren, aortalen und supraaortalen arteriellen Gefäßerkrankungen, z. B. atherosklerotische Gefäßerkrankungen, Aneurysmen und klinisch auffällige vaskuläre Anomalien. signifikante Stenosen = Stenosen $\geq$ 50 % in allen bildgebenden Verfahren inkl. Doppler
wenn Feld 35 = 1			
36	periphere AVK	☐ 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.
37	Arteria Carotis	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Stenose $\geq$ 50 % und Verschluss der A. Carotis communis und/oder A. Carotis interna.
38	Aortenaneurysma	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Durchmesser Größe $\geq$ 5 cm Aneurysma der abdominalen Aorta oder Zustand nach Operation
39	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	☐	-

		0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
40	Lungenerkrankung(en)	☐ 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
41	neurologische Erkrankung(en)	☐ 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 alle zentralneurologischen Vorerkrankungen sowie die peripheren neurologischen Erkrankungen, die zu schweren Einschränkungen der Beweglichkeit oder zu schweren Einschränkungen bei täglichen Verrichtungen führen. Schlüssel "unbekannt" = Es kann keine Aussage zu einer neurologischen Erkrankung getroffen werden.
wenn Feld 41 IN (1;4)			
42	Schweregrad der Behinderung	☐ 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen 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 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	Die Rankin-Skala dient der klinischen Einschätzung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall. Einträge sind entsprechend dem Schlüssel vorzunehmen.
43	präoperative Nierenersatztherapie	☐ 0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	"akut" ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten präoperativ eine Nierenersatztherapie durchgeführt wird, jedoch noch kein Dialyse-Shunt oder Peritonealdialysekatheter appliziert wurde.
wenn Feld 43 = 0			
44.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	☐ ☐ ☐ präoperativ (letzter Wert vor OP)	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.

		Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: ≥ 0 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	
44.2	Kreatininwert i.S. in $\mu\text{mol/l}$	☐ ☐ ☐ ☐ präoperativ (letzter Wert vor OP) Angabe in: $\mu\text{mol/l}$ Gültige Angabe: ≥ 0 $\mu\text{mol/l}$ Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 $\mu\text{mol/l}$	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.
Prozedur (PROZ)			
Basisdaten			
Basisdaten zum Eingriff			
45	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem herzchirurgischen Verfahren (Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen, KCHK) darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Bei mehr als einer isolierten, QS-pflichtigen Prozedur (OP/Intervention) sind folgende Angaben zu berücksichtigen: • Bei zweizeitigem Eingriff muss jede Prozedur in einem separaten Prozedurbogen dokumentiert werden. • Bei einzeitigem Eingriff mit mehreren Zielstrukturen (Bsp. Kombination verschiedener Klappeneingriffe oder Kombination Bypasschirurgie und Herzklappeneingriff) wird in einem gemeinsamen Prozedurbogen mit den verschiedenen Teildatensätzen (Koronarchirurgie, Aortenklappeneingriff, Mitralklappeneingriff) dokumentiert. • Bei einer Konversion müssen zwei separate Prozedurbögen angelegt werden: ein Prozedurbogen für die initial begonnene Prozedur (Nr. 1) und ein Prozedurbogen für die Prozedur, zu der konvertiert wurde (Nr. 2). <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

46	Konversionseingriff	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie "ja" an, wenn es sich um einen Konversionseingriff handelt, d.h. es ging dieser Prozedur ein anderer Eingriff an der gleichen Zielstruktur unmittelbar voraus und musste abgebrochen werden.
47	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
48	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 ² durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021-2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021-2022 aufgenommen worden ist.
Art des Eingriffs			
49	Koronarchirurgie	☐ 0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation koronarchirurgischer Eingriffe ist verpflichtend.
50	Aortenklappeneingriff	☐ 0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation von Aortenklappeneingriffen ist verpflichtend.
51	Mitralklappeneingriff	☐ 0 = nein 1 = ja	Die Dokumentation von Mitralklappeneingriffen ist verpflichtend.
Weitere Eingriffe			
52	weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 52 = 1			
53.1	Eingriff an der Trikuspidalklappe	☐ 1 = ja	-
53.2	Eingriff an der Pulmonalklappe	☐ 1 = ja	-

53.3	Eingriff am Vorhofseptum oder an der Vorhofwand	☐ 1 = ja	-
53.4	Vorhofablation	☐ 1 = ja	-
53.5	Eingriff an herznahen Gefäßen	☐ 1 = ja	-
53.6	Herzohrverschluss/-amputation	☐ 1 = ja	-
53.7	interventioneller Koronareingriff (PCI)	☐ 1 = ja	-
53.8	sonstige	☐ 1 = ja	-
Weitere Daten zum Eingriff			
54	Zugang	☐ 1 = konventionelle Sternotomie 2 = minimalinvasiver operativer Zugang 3 = endovaskulärer Zugang, arteriell 4 = endovaskulärer Zugang, venös 5 = transapikaler Zugang	Bitte dokumentieren Sie das ursprünglich geplante Vorgehen.
55	Patient wird beatmet	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte eintragen, ob der Patienten bei Ankunft im OP-Bereich beatmet wurde.
56	Dringlichkeit	☐ 1 = elektiv 2 = dringlich 3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)	Diese ist zum Zeitpunkt der OP zu bestimmen: • Elektiv: Die Wahl des OP-Termins erfolgte unter Beachtung der kapazitiven Möglichkeiten, oder es Wunsches des Patienten und den abgeschlossenen Voruntersuchungen. • Dringlich: Zwischen Indikationsstellung und OP bestand aus kardialen Gründen keine Unterbrechung der Hospitalisation. • 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.
57	Nitrate (präoperativ)	☐ i. v.	Bitte "ja" angeben, wenn der Patient bei Ankunft im OP-Bereich unter i. v.- Nitrattherapie steht.

		0 = nein 1 = ja	
58	Troponin positiv (präoperativ)	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn innerhalb der letzten 48 Stunden vor der Operation Troponin T oder Troponin I pathologisch waren.
59	Inotrope (präoperativ)	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte "ja" angeben, wenn der Patient bei Ankunft im OP-Bereich unter i. v. - Katecholamintherapie steht
60	(präoperativ) mechanische Kreislaufunterstützung	☐ 0 = nein 1 = ja, IABP 2 = ja, ECLS/VA-ECMO 3 = ja, andere	Bitte eintragen, ob und wenn ja welche Art der mechanischen Kreislaufunterstützung präoperativ erfolgt ist. (Auch eine vor dem Hautschnitt im Operationssaal gelegte IABP ist mit dem Schlüssel "ja, IABP" zu kodieren.) Bei Verwendung mehrerer Kreislaufunterstützungssysteme bitte "ja, andere" angeben.
61	Wundkontaminationsklassifikation	☐ 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. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. 3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale

			Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung. 4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)
62	Dauer des Eingriffs	☐ ☐ ☐ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 0 Minuten Angabe ohne Warnung: 20 - 480 Minuten	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
Koronarchirurgie (KC)			
Koronarchirurgie			
Eingriff			
63	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Eingriffsart darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
64	Anzahl der Grafts	☐ 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			
wenn Feld 64 > 0			
65.1	ITA links	☐ 1 = ja	-
65.2	sonstige Grafts	☐ 1 = ja	Hier können weitere verwendete Grafts, die nicht einzeln aufgelistet sind, eingetragen werden.
Aortenklappeneingriff (AORT)			
Aortenklappeneingriff			

Eingriff			
66	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Eingriffsart darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
67	Stenose	☐ 0 = nein 1 = ja	War die Klappe stenotisch verändert? Bei kombinierten Vitien bitte auch Datenfeld Insuffizienz entsprechend beantworten.
68	Insuffizienz	☐ 0 = nein 1 = ja	Bestand eine Klappeninsuffizienz?
Mitralklappeneingriff (MKE)			
Mitralklappeneingriff			
Eingriff			
69	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Eingriffsart darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
70	Beschwerdebild der Mitralklappenerkrankung	☐ 0 = asymptomatisch 1 = Symptome bei Belastung 2 = Symptome in Ruhe	Bitte die aktuellste, präoperative und für den Ersteingriff relevante Information angeben.
71	Mitralklappenvitium	☐ 0 = kein oder kein hämodynamisch relevantes Vitium 1 = Stenose 2 = Insuffizienz 3 = kombiniertes Vitium mit führender Stenose 4 = kombiniertes Vitium mit führender Insuffizienz	-
wenn Feld 71 IN (2;3;4)			
72	führende Genese der Mitralklappeninsuffizienz	☐ 1 = primär 2 = sekundär 3 = gemischt, überwiegend valvulär degenerativ 4 = gemischt, überwiegend funktionell	-
wenn Feld 71 IN (2;3;4)			
73.1	effektive Mitralklappenregurgitationsfläche (EROA)	☐ , ☐ Angabe in: cm ²	Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.

73.2	Mitralklappenregurgitationsfläche unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 71 IN (2;3;4)			
74.1	Mitralklappenregurgitationsvolumen (RVOL)	☐ ☐ ☐ Angabe in: ml/Schlag	Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.
74.2	Mitralklappenregurgitationsvolumen unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 71 IN (2;3;4)			
75.1	Vena contracta	☐ ☐ Angabe in: mm Gültige Angabe: >= 1 mm Angabe ohne Warnung: <= 19 mm	Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.
75.2	Vena contracta unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 71 IN (2;3;4)			
76.1	LVESD	☐ ☐ ☐ Angabe in: mm	Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.
76.2	LVESD unbekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 71 IN (1;3;4)			
77.1	Mitralklappenöffnungsfläche	☐ , ☐ Angabe in: cm ²	Bitte den aktuellsten, präoperativen und für den Ersteingriff relevanten Wert angeben.
77.2	Mitralklappenöffnungsfläche unbekannt	☐ 1 = ja	-
78	linksatrialer Thrombus	☐ 0 = nein 1 = ja	-
79	Morphologie der Mitralklappe (inkl. Mitralklappenring oder –halteapparat) auffällig?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 79 = 1			
80.1	Segelprolaps	☐ 1 = ja	-
80.2	Flail leaflet	☐ 1 = ja	-
80.3	Ruptur der Papillarmuskulatur	☐ 1 = ja	-
80.4	erhebliche Koaptationslücke	☐ 1 = ja	-
80.5	Verdickung	☐	-

		1 = ja	
80.6	Verkalkung/Sklerosierung	☐ 1 = ja	-
80.7	Vegetationen	☐ 1 = ja	-
80.8	Kommissurenfusionen	☐ 1 = ja	-
81	operationsassoziiertes Risiko aufgrund schwerer Begleiterkrankungen	☐ bezogen auf einen offen- chirurgischen Eingriff 0 = gering 1 = erhöht 2 = inakzeptabel hoch	Bitte wählen Sie Schlüsselwert "inakzeptabel hoch", wenn das operationsassoziierte Eingriffsrisiko (offen-chirurgisch) nach dokumentierter Einschätzung des Heart-Teams unverträglich hoch ist.
82	hohes Risiko für Embolie	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft: • positive Anamnese hinsichtlich systemischer Embolien • dichter spontaner Echokонтраст im linken Vorhof • neu aufgetretenes Vorhofflimmern Quelle: Baumgartner et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart diseases (EHJ) 38(36): 2739-2791
83	hohes Risiko für hämodynamische Dekompensation	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft: • systolischer PAP >50 mmHg in Ruhe • bestehende Notwendigkeit einer nicht-kardialen Operation • Schwangerschaftswunsch Quelle: Baumgartner et al. (2017): 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart diseases (EHJ) 38(36): 2739-2791
Prozedur (PROZ)			
Basisdaten			
Eingriff			
wenn Feld 54 IN (3;4;5)			
84.1	Dosis-Flächen-Produkt	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: (cGy)* cm ² Gültige Angabe: >= 0 (cGy)* cm ² Angabe ohne Warnung: <= 10000 (cGy)* cm ²	-
84.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	☐	-

		1 = ja	
wenn Feld 54 IN (3;4;5)			
85.1	Kontrastmittelmenge	☐ ☐ ☐ Angabe in: ml Gültige Angabe: >= 1 ml Angabe ohne Warnung: 10 - 500 ml	Bitte die tatsächlich applizierte Kontrastmittelmenge angeben.
85.2	kein Kontrastmittel appliziert	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 50 = 1 oder wenn Feld 51 = 1			
86	intraprozedurale Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 86 = 1			
87.1	Device-Fehlpositionierung	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn nach Abschluss des Eingriffs beispielsweise eine der folgenden Situationen zutrifft: • eine weitere Klappe (Valve-in-valve)/Device musste implantiert werden • eine Aorten/Mitralregurgitation >= 2. Grades tritt auf • einer oder mehrere Mitraclips sind fehlpositioniert (Bsp. single leaflet detachment)
87.2	Koronarostienverschluss	☐ 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.
87.3	Aortendissektion	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls eine Dissektion der Aorta (unabhängig von der Lokalisation) neu aufgetreten ist.
87.4	Aortenregurgitation >= 2. Grades	☐ 1 = ja	-
87.5	Annulus-Ruptur	☐ 1 = ja	-
87.6	Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle	☐ 1 = ohne Therapiebedarf 2 = mit Therapiebedarf	-
87.7	Perikardtamponade	☐ 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.
87.8	kardiale Dekompensation	☐ 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: • 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
87.9	Hirnembolie	☐ 1 = ja	-
87.10	Rhythmusstörungen	☐ 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).
87.11	Device-Embolisation	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls ein Implantat komplett disloziert.
87.12	vaskuläre Komplikation	☐ 1 = ja	In Anlehnung an die VARC-2-Kriterien sind schwere vaskuläre Komplikationen zu dokumentieren: "Any aortic dissection, aortic rupture, annulus rupture, left ventricle perforation, or new apical aneurysm/pseudoaneurysm OR 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, lifethreatening or major bleeding*, visceral ischemia, or neurological impairment OR Distal embolization (noncerebral) from a vascular source requiring surgery or resulting in amputation or irreversible end-organ damage OR The use of unplanned endovascular or surgical intervention associated with death, major bleeding, visceral ischemia or neurological impairment

			OR Any new ipsilateral lower extremity ischemia documented by patient symptoms, physical exam, and/or decreased or absent blood flow on lower extremity angiogram OR Surgery for access site-related nerve injury OR Permanent access site-related nerve injury" * "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" 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
wenn Feld 86 = 1			
87.13	Low Cardiac Output	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eine klinisch relevante Organminderperfusion vorliegt.
wenn Feld 86 = 1			
87.14	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	☐ 1 = schwerwiegend 2 = lebensbedrohlich	Definitionen nach den VARC-2-Kriterien 1 = schwerwiegende Blutungen (major bleedings): "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 AND Does not meet criteria of life-threatening or disabling bleeding". 2 = lebensbedrohliche Blutungen (Life-threatening or disabling bleedings): "Fatal bleeding OR Bleeding in a critical organ, such as intracranial, intraspinal, intraocular, or pericardial necessitating pericardiocentesis, or intramuscular with compartment syndrome OR Bleeding causing hypovolaemic shock or severe hypotension requiring vasopressors or surgery OR Overt source of bleeding with drop in haemoglobin ≥ 5 g/dL or whole blood or packed red blood cells (RBCs) transfusion ≥ 4 units" Quelle: Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: The Valve Academic Research Consortium-2 consensus document. Kappetein, AP et al.

			(2012). European Heart Journal 33, 2403-2418 (S. 2409).
87.15	Patient verstarb im OP/Katheterlabor	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 87.13 = 1			
88	Therapie des Low Cardiac Output	☐ 0 = keine Therapie erforderlich 1 = medikamentös 2 = IABP 3 = VAD 4 = ECMO 9 = sonstige	-
89	Konversion	☐ 0 = nein 1 = ja, zu Sternotomie 2 = ja, zu transapikal 3 = ja, zu endovaskulär	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn ein unmittelbarer einzeitiger Eingriffswechsel notwendig ist.
wenn Feld 89 IN (1;2;3)			
90	Grund für die Konversion	☐ 1 = Therapieziel nicht erreicht 2 = intraprozedurale Komplikationen 9 = sonstige	Als relevante intraprozedurale Komplikationen gelten die in diesem Abschnitt in den vorausgehenden Feldern erfassten intraprozeduralen Komplikationen.
Basis (B)			
Postoperativer Verlauf			
wenn Feld 51 EINSIN (1)			
91	korrekter Sitz des prothetischen Materials am Herzen bei Entlassung	☐ 0 = nein 1 = ja 2 = kein prothetisches Material am Herzen verwendet	Der Befund kann im postoperativen Verlauf bis zur Entlassung dokumentiert werden. Die Dokumentation soll die letzte Beurteilung des funktionellen Ergebnisses vor Entlassung abbilden. Sternalcerclagen sind hier nicht zu dokumentieren; bitte bei ausschließlicher Verwendung von Sternalcerclagen "kein prothetisches Material am Herzen verwendet" dokumentieren.
92	geplantes funktionelles Ergebnis erreicht	☐ 0 = nein 1 = akzeptables Ergebnis 2 = optimales Ergebnis	Die Dokumentation soll die letzte Beurteilung des funktionellen Ergebnisses vor Entlassung abbilden. <u>Ergebnisbeurteilung auf Basis des vor dem Eingriff definierten Eingriffsziels.</u> <u>Als akzeptabel gilt bspw. eine Mitralklappeninsuffizienz ≤ 2. Grades, ohne echokardiografische Zeichen einer relevanten Mitralklappenstenose oder eine Hämolyse (Stone et al. 2015). Als optimal gilt bspw. eine Mitralklappeninsuffizienz ≤ 1. Grades, ohne echokardiografische Zeichen einer relevanten Mitralklappenstenose oder eine Hämolyse.</u> <u>Stone, GW; Adams, DH; Abraham, WT; Kappetein, AP; Genereux, P; Vranckx, P; et al. (2015): Clinical</u>

			trial design principles and endpoint definitions for transcatheter mitral valve repair and replacement: part 2: endpoint definitions. A consensus document from the Mitral Valve Academic Research Consortium. European Heart Journal 36(29): 1878-1891. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv333.
93	neu aufgetretener Herzinfarkt	☐ 0 = nein 1 = ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden) 2 = ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	In den ersten 48 Stunden nach Herz-OP gilt eine besondere Definition für die Diagnose eines postoperativen Myokardinfarkts: Ein akuter Myokardinfarkt liegt in dieser Situation nur vor, wenn postoperativ eine Erhöhung des kardialen Biomarkers um das 10-fache des oberen Referenzwertes gemessen wird und außerdem im EKG ein pathologisches Q oder ein Linksschenkelblock nachgewiesen oder passende angiographische oder andere bildgebende Befund erhoben werden. ST-Streckenhebungen werden an dieser Stelle nicht als diagnostisches Kriterium gewertet. Nach mehr als 48 Stunden post-Herz-OP gelten wieder die klassischen Diagnosekriterien eines akuten Myokardinfarkts inklusive ST-Streckenhebung. (Kommentar zur dritten allgemeinen Definition des Myokardinfarkts der gemeinschaftlichen ESC/ACCF/AHA/WHA Task Force, Schofer et al., Kardiologie 2014;8:65-71. Third universal definition of myocardial infarction. Thygesen et al., Eur. Heart J 2012; 33:2551-2567).
94	Reanimation	☐ 0 = nein 1 = ja	Mechanische oder elektrische Reanimation, inkl. eines präkordialen Schlages.
95	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff	☐ 0 = nein 1 = ja	-
96	postprozedurales akutes Nierenversagen	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Anwendung eines Nierenersatzverfahrens 2 = ja, mit temporärer Anwendung eines Nierenersatzverfahrens 3 = ja, mit voraussichtlich dauerhafter Anwendung eines Nierenersatzverfahrens	-
97	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis	☐ 0 = nein 1 = ja	Das typische Bild einer floriden bakteriellen Endokarditis liegt vor bei Fieber mit neu aufgetretenem Herzgeräusch, bei echokardiografischem Nachweis von Vegetationen, Klappendestruktionen, bei Keimnachweis aus Blutkulturen.

			Die Diagnose gilt auch bei postprozeduraler Bestätigung der Keimbeseidlung, mit bakteriologischem Keimnachweis aus dem resezierten Klappenpräparat bzw. bei mikroskopischem Nachweis von Bakterien (auch bei negativer Kultur) als gesichert.
98	Perikardtamponade	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, falls ein therapierelevanter/s (z.B. erhöhte Katecholamingabe, Perikardpunktion, Perikarddrainage) Perikarderguss/hämatom nachgewiesen werden kann.
99	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)	☐ 0 = nein 1 = schwerwiegend 2 = lebensbedrohlich	Definitionen nach den VARC-2-Kriterien 1 = schwerwiegende Blutungen (major bleedings): "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 AND Does not meet criteria of life-threatening or disabling bleeding". 2 = lebensbedrohliche Blutungen (Life-threatening or disabling bleedings): "Fatal bleeding OR Bleeding in a critical organ, such as intracranial, intraspinal, intraocular, or pericardial necessitating pericardiocentesis, or intramuscular with compartment syndrome OR Bleeding causing hypovolaemic shock or severe hypotension requiring vasopressors or surgery OR Overt source of bleeding with drop in haemoglobin ≥ 5 g/dL or whole blood or packed red blood cells (RBCs) transfusion ≥ 4 units" Quelle: Updated standardized endpoint definitions for transcatheter aortic valve implantation: The Valve Academic Research Consortium-2 consensus document. Kappetein, AP et al. (2012). European Heart Journal 33, 2403-2418 (S. 2409).
100	Mediastinitis	☐ nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	Entsprechend den KISS-Definitionen liegt eine Mediastinitis vor, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist: Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren im Mediastinalgewebe oder aus mediastinaler Flüssigkeit, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n.

			• Während einer körperlichen Untersuchung oder Operation oder durch histopathologische Untersuchung nachgewiesene Mediastinitis. • Eines der folgenden Anzeichen: - o Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) - o Schmerzen im Brustkorb (ohne andere erkennbare Ursache) - o instabiles Sternum (ohne andere erkennbare Ursache) und mindestens <u>eines</u> der folgenden Kriterien: - o Eitrige Sekretion aus dem mediastinalen Bereich - o Bei radiologischer Untersuchung festgestellte Erweiterung des Mediastinums
101	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	☐ 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. Das postoperative psychomotorische Delir ist nicht zu berücksichtigen.
wenn Feld 101 IN (1;2)			
102	Datum des neu aufgetretenen zerebrovaskulären Ereignisses	□□.□□.□□□□	-
103	Dauer des zerebrovaskulären Ereignisses	☐ 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
104	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung	☐ 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	-

		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	
Therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen			
105	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 105 = 1			
106.1	Infektion(en)	☐ 1 = ja	-
106.2	Sternuminstabilität	☐ 1 = ja	-
106.3	Gefäßruptur	☐ 1 = ja	-
106.4	Dissektion	☐ 1 = ja	-
106.5	therapierelevante Blutung/Hämatom	☐ 1 = ja	therapierelevantes Hämatom: eine behandlungsbedürftige Blutung/Hämatom liegt vor und führt zu einer der folgenden Konsequenzen (Beispiele): - Fremdblutgabe in Zusammenhang mit dieser Komplikation - chirurgische Therapie (Gefäßeingriff, Hämatomausräumung)
106.6	Ischämie	☐ 1 = ja	-
106.7	AV-Fistel	☐ 1 = ja	-
106.8	Aneurysma spurium	☐ 1 = ja	-
106.9	sonstige	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 51 EINSIN (1) ODER Feld 50 EINSIN (1)			
107	mechanische Komplikation durch eingebrachtes Fremdmaterial	☐ 0 = nein 1 = ja	z.B. Dislokation eines MitraClips, mechanisches Versagen einer Mitralklappenprothese, Bruch eines Ringes, Embolisation von prothetischem Material, strukturelles Versagen: Das Device leistet aufgrund einer Device-Komplikation (z.B. Fraktur, Embolisation, fixiertes Segel etc.) nicht das, was es leisten sollte.
108	paravalvuläre Leckage	☐	Moderate oder schwere paravalvuläre Leckage: resultierende

		0 = nein 1 = ja	Klappeninsuffizienz $\geq 2+$ oder Hämolyse
Bei Ende der Behandlung			
109	Patient trägt Schrittmacher / Defibrillator	☐ 0 = nein 1 = Schrittmacher ohne CRT- System 2 = Schrittmacher mit CRT- System 3 = Defibrillator ohne CRT- System 4 = Defibrillator mit CRT- System	Hier bitte eintragen, ob die Patienten Schrittmacher- oder Defibrillatorträger sind.
Entlassung / Verlegung			
110	Entlassungsdiagnose(n)	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ 6. □□□.□□ 7. □□□.□□ 8. □□□.□□ 9. □□□.□□ 10. □□□.□□ ... 30. □□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Verfahren dokumentierten Leistung stehen 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 ~~2022~~ <u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021-2022~~ gültigen ICD-10-GM- Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 ~~+~~ aufgenommen worden ist.
111	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2021-2022~~ bis zum 10.01. ~~2021-2022~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021-2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021-2022~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021-2022~~
112	Entlassungsgrund	□□	-

		siehe Schlüssel 2 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "akute Infektion"	0 = keine 1 = Mediastinitis 2 = Sepsis 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
Schlüssel 2 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation für das Modul „Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“

Indexjahr 202~~2~~1

Der Patientenfilter, der die entsprechenden dokumentationspflichtigen Behandlungsvorgänge selektiert, legt die zu exportierenden Fälle/Patienten fest. Diese Datenbasis stellt die Grundgesamtheit der QS-Vorgänge dar.

Anschließend muss für einen bestimmten Zeitraum das Auftreten bestimmter Diagnosen, Eingriffe, Abrechnungskodes und Verordnungen geprüft werden (Leistungs- und Medikationsfilter).

Die Datenfelder sind gemäß ihrer Eingangskennung in der Allgemeinen Spezifikation für Sozialdaten bei den Krankenkassen angegeben, die sich an den Technischen Anlagen zum Datenaustausch der Leistungserbringer orientiert:

[Funktion].[Datenquelle].[Datensatz].[Segment].[Gruppe].[Feldkennung]@Attributname

Beispiel: 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops

Diese Kennung bezeichnet das Attribut „ops“, das in der Entlassungsanzeige des Datensatzes nach §301 im FAB-Segment in der Gruppe „Operation“ mit der Feldkennung „Prozedurenschlüssel“ zu finden ist.

Diese Kennzeichnung ermöglicht den direkten Bezug zu den Eingangsdaten. So ist gewährleistet, dass die zu selektierenden Datenfelder von den Krankenkassen eindeutig referenziert werden können.

Pseudocode der QS-Filter

	Pseudo-Code	Beschreibung
Patientenfilter	Admin@erfassungsjahr - Stamm@gebjahr >= 18 UND source(301)@quelle = '301' UND 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.KCHK_OPS_INDEX UND 301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops KEINSIN FilterListe.KCHK_OPS_EX UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.KCHK_INDEXJAHR	Daten nach § 301 - stationäre Aufnahme - Alter am Aufnahmetag ≥ 18 - Entlassung im Zeitraum KCHK_INDEXJAHR sowie eine Prozedur aus Einschlussliste KCHK_OPS_INDEX jedoch keine Prozedur aus Ausschlussliste KCHK_OPS_EX
Zeitfilter (KCHK_INDEXJAHR)	01.01.202 ~~1~~ <u>2</u> – 31.12.202 ~~1~~ <u>2</u>	Indexleistung in Erfassungsjahr 202 ~~1~~ <u>2</u>
Leistungs- und Medikationsfilter	(source(301)@quelle = '301' UND (301.Entlassungsanzeige.FAB.Operation.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.KCHK_OPS ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Hauptdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.ETL.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Nebendiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER 301.Entlassungsanzeige.NDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.KCHK_ICD)) UND 301.Entlassungsanzeige.ETL.Tag der Entlassung/Verlegung@entldatum INNERHALB Wertebereich.KCHK_ZEITFILTER)) ODER (	Daten nach § 301 - stationäre Aufnahme - Entlassungsdatum im Follow-up-Zeitraum KCHK_ZEITFILTER sowie eine Prozedur aus der Liste KCHK_OPS ODER eine Diagnose (Primär- oder Sekundärdiagnose sowie Haupt- oder Nebendiagnose) aus der Liste KCHK_ICD Daten nach §§ 115b, 116b, 295 SGB V - Behandlungsquartal im Follow-up-Zeitraum sowie

	Pseudo-Code	Beschreibung
	<pre> (source(kh_ambo)@quelle = '115b' ODER source(kh_ambo)@quelle = '116b') UND (kh_ambo.Ambulante Operation.PRZ.Prozedur.Prozedurenschlüssel@ops EINSIN FilterListe.KCHK_OPS ODER kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Behandlungsdiagnose.Diagnoseschlüssel@icd EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER kh_ambo.Ambulante Operation.BDG.Sekundär-Diagnose.Diagnoseschlüssel@icd_sek EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER ebm_kh_ambo(kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Entgeltart)@ebm EINSIN FilterListe.KCHK_GOP) UND kh_ambo.Ambulante Operation.ENA.Tag der Behandlung@datum INNERHALB Wertebereich.KCHK_ZEITFILTER) ODER (source(295k)@quelle = '295k' UND (295k.OPS.Operationsschlüssel.7/7.1.1@ops EINSIN FilterListe.KCHK_OPS ODER 295k.DIA.Diagnose.4/4.2.1@icd EINSIN FilterListe.KCHK_ICD ODER 295k.LED.5/5.3.1@ebm EINSIN FilterListe.KCHK_GOP) UND 295k.RND.Behandlungszeitraum.3/3.3.2@endedatum INNERHALB Wertebereich.KCHK_ZEITFILTER) ODER ((source(295s)@quelle = '295_140' ODER source(295s)@quelle = '295_73b' ODER source(295s)@quelle = '295_73c') UND (295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.OPS.Operationsschlüssel.7/7.2.1 Operationsschlüssel, codiert@ops EINSIN FilterListe.KCHK_OPS)) </pre>	eine Diagnose aus der Liste KCHK_ICD ODER eine Prozedur aus der Liste KCHK_OPS ODER eine Gebührenordnungsnummer aus der Liste KCHK_GOP

	Pseudo-Code	Beschreibung
	ODER 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.DIA.Diagnose.6/6.2.1 Diagnose, codiert@icd EINSIN FilterListe.KCHK_ICD) UND 295s.Erbrachte Leistungen / Einzelfallrechnung.RGI.Abrechnungszeitraum.11/11.2.2 Letzter Tag des Abrechnungszeitraums@endedatum INNERHALB Wertebereich.KCHK_ZEITFILTER)	
Zeitfilter für Follow-up (KCHK_ZEITFILTER)	01.01.202 ~~21~~ – 31.12.202 ~~32~~	Zeitraum 202 ~~12~~ –202 ~~32~~

Liste der Funktionen

Funktion	Formel	Beschreibung
cp_type	"iknr", wenn es sich um ein Institutionskennzeichen handelt; "bsnr", wenn es sich um eine Betriebsstättennummer handelt	Art des Leistungserbringers
ebm_kh_ambo	nur selektieren, wenn 2. bis 3. Stelle mit "00" gefüllt sind; nur die 4. bis 8. Stelle des Feldes selektieren	EBM aus Datenquelle §301 AMBO
inpatient_interrupt	ja: mind. Ein Entlass-/Verlegungsgrund (1. und 2. Stelle) 16, 21 oder 23 im Segment ETL; nein: sonst	Unterbrechung des KH-Aufenthaltes
kv_key	1. und 2. Stelle der BSNR	KV-Regionsschlüssel
sequential_nr	beginnend mit 1, sonst vorherige laufende Nummer +1	Laufende Nummer
Source	Herkunft der Daten entsprechend dem Abrechnungskontext, aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen ('295k', '295s', '300', '301', '302', 'Admin', 'kh_ambo', 'Stamm')	Kennzeichen der genauen Datenquelle des Falles
state_key	Aus dem Datenbestand der Krankenkasse zu entnehmen oder ersatzweise aus der 3. und 4. Stelle der IKNR	Bundeslandschlüssel
year	Stelle 1–4 aus einem Datum im Format JJJJ-MM-TT	Jahr aus einem Datum

Verwendete Filterlisten

Filterliste	Beschreibung
KCHK_OPS_INDEX	Prozeduren (OPS-Kodes) für Indexleistungen
KCHK_OPS_EX	Ausschlussprozeduren (OPS-Kodes), welche den Aufgriff von Patienten bei gleichzeitigem Vorliegen einer Indexleistung verhindern
KCHK_OPS	Prozeduren (OPS-Kodes) für Follow-up-Leistungen
KCHK_ICD	Diagnosen (ICD-Kodes) für Follow-up-Leistungen
KCHK_GOP	Gebührenordnungspositionen (EBM-Ziffern) für Follow-up-Leistungen

Inhalte der Filterlisten

Filterliste	Kodes
KCHK_OPS_INDEX	53502, 53503, 535101, 535102, 535103, 535104, 535105, 535106, 535107, 53510x, 535111, 535112, 535113, 535114, 53511x, 535121, 535122, 535123, 535124, 53512x, 535200, 535201, 535202, 535203, 535206, 535207, 535208, 53520x, 535210, 535211, 535212, 535213, 53521x, 53530, 53531, 53532, 53536, 53537, 53540c, 535411, 535412, 535413, 535414, 53541x, 535800, 535801, 535802, 535803, 535804, 535806, 535809 , 53580x, 535810, 535811, 535812, 535813, 535814, 535816, 535818, 53581x, 535a01, 535a02, 535a03, 535a04, 535a30, 535a31, 535a32, 535a40, 535a41, 535a42, 535a43, 535a44, 535a45, 535a4x, 536103, 536107, 536108, 536113, 536117, 536118, 536123, 536127, 536128, 536133, 536137, 536138, 536143, 536147, 536148, 536153, 536157, 536158, 536203, 536207, 536213, 536217, 536223, 536227, 536233, 536237, 536243, 536247, 536253, 536257, 536263, 536267, 536273, 536277, 536283, 536287, 536293, 536297, 5362a3, 5362a7, 5362b3, 5362b7, 5362c3, 5362c7, 5362d3, 5362d7, 5362e3, 5362e7, 5362f3, 5362f7, 5362g3, 5362g7, 5362h3, 5362h7, 5362x3, 5362x7, 5362y, 53634, 8837a1
KCHK_OPS_EX	535204, 535205, 535224, 535225, 535408, 535409, 53540a, 53540b, 535428, 535429, 53550, 53551, 5355x, 5355y, 53563, 53564, 53565, 53566, 53567, 53568, 53571, 53572, 53573, 53574, 53575, 53577, 53578, 53579, 535805, 535807, 535815, 535817, 535825, 535827, 535837, 535840, 535841, 535842, 535843, 535844, 535845, 535846, 535847, 535848, 53584x, 535850, 535851, 535852, 535853, 535854, 535855, 535856, 535857, 535858, 53585x, 53590, 535910, 535911, 535912, 53591x, 535920, 535921, 535930, 535931, 53594, 53595, 535960, 535961, 535962, 535963, 535964, 535965, 535966, 535967, 53596x, 53598, 53750, 53751, 53752, 53753, 53754, 5375y, 537640, 537641, 537650, 537651, 537660, 537661, 537670, 537671, 537680, 537681, 537690, 537691, 537694, 53769x, 538100, 538101, 538102, 538103, 538200, 538201, 538202, 538203, 538300, 538301, 538302, 538303, 538401, 538402, 53840x, 538411, 538412, 53841x, 538431, 538432, 53843x, 538441, 538442, 538443, 538444, 538445, 538446, 53844x, 538451, 538452, 538453, 538454, 538455, 538456, 53845x, 538461, 538462, 538463, 538464, 538465, 538466, 53846x, 538471, 538472, 538473, 538474, 538475, 538476, 53847x, 53848, 5384d1, 5384d2, 5384dx, 5384e1, 5384e2, 5384ex, 5384f1, 5384f2, 5384fx, 539300, 539301, 539302, 539303, 539500, 539501, 539502, 539503, 539600, 539601, 539602, 539603, 539700, 539701, 539702, 539703, 5981, 59821, 59822, 5982x, 5982y
KCHK_OPS	12650, 12651, 12653, 12654, 12655, 12656, 12657, 12658, 12659, 1265a, 1265b, 1265d, 1265e, 1265f, 1265x, 1265y, 12660, 12661, 12662, 12663, 1266x, 1266y, 12680, 12681, 12682, 12683, 12684, 12685, 1268x, 1268y, 1760, 53400, 53401, 53402, 53405, 53407, 53408, 53409, 5340a, 5340b,

Filterliste	Kodes
	5340c, 5340d, 5340x, 5340y, 5341, 53410, 53411, 534120, 534121, 534122, 534123, 53412x, 534130, 534131, 534132, 534133, 53413x, 5341x, 5341y, 5342, 534201, 534202, 534203, 53420x, 534211, 534212, 534213, 534214, 534215, 534216, 534217, 534218, 534219, 53421x, 53422, 5342x, 5342y, 5343, 53430, 53431, 53432, 53433, 53434, 53435, 53436, 53437, 5343x, 5343y, ~~53465~~ , 53466, 534660, 534661, 534662, 534663, 53466x, 53468, 534680, 534681, 53468x, 5346B, 53491, 53492, 53500, 53501, 53502, 53503, 53504, 53505, 53506, 53507, 5350x, 5350y, 535101, 535102, 535103, 535104, 535105, 535106, ~~535107~~ , 53510x, 535111, 535112, 535113, 535114, 53511x, 535121, 535122, 535123, 535124, 53512x, 535131, 535132, 535133, 535134, 53513x, 535141, 535142, 535143, 535144, 53514x, 5351x1, 5351x2, 5351x3, 5351x4, 5351xx, 5351y, 535200, 535201, 535202, 535203, 535204, 535205, 535206, 535207, ~~535208~~ , 53520x, 535210, 535211, 535212, 535213, 53521x, 535220, 535221, 535222, 535223, 535224, 535225, 535228, 53522x, 535230, 535231, 535232, 535233, 53523x, 5352y, 53530, 53531, 53532, 53533, 53534, 53535, 5353x, 5353y, 535401, 535402, 535403, 535404, 535405, 535406, 535408, 535409, 53540a, 53540b, 53540c, 53540X, 535411, 535412, 535413, 535414, 53541x, 535421, 535422, 535423, 535424, 535425, 535426, 535428, 535429, 53542x, 535431, 535432, 535433, 535434, 53543x, 5354x, 5354y, ~~535a00~~ , 535a01, ~~535a02~~ , 535a1, 535a2, 535a30, 535a31, 535a32, 535a40, 535a41, 535a42, 535a5, 535a7, 535ax, 535ay, 536103, 536105, 536106, 536107, 536108, 53610x, 536113, 536115, 536116, 536117, 536118, 53611x, 536123, 536125, 536126, 536127, 536128, 53612x, 536133, 536135, 536136, 536137, 536138, 53613x, 536143, 536145, 536146, 536147, 536148, 53614x, 536153, 536155, 536156, 536157, 536158, 53615x, 5361y, 536203, 536205, 536206, 536207, ~~536208~~ , 53620x, 53621, 536213, 536215, 536216, 536217, ~~536218~~ , 53621x, 536223, 536225, 536226, 536227, ~~536228~~ , 53622x, 536233, 536235, 536236, 536237, ~~536238~~ , 53623x, 536243, 536245, 536246, 536247, ~~536248~~ , 53624x, 536253, 536255, 536256, 536257, ~~536258~~ , 53625x, 536263, 536265, 536266, 536267, ~~536268~~ , 53626x, 536273, 536275, 536276, 536277, ~~536278~~ , 53627x, 536283, 536285, 536286, 536287, ~~536288~~ , 53628x, 536293, 536295, 536296, 536297, ~~536298~~ , 53629x, 5362a3, 5362a5, 5362a6, 5362a7, 5362a8, 5362ax, 5362b3, 5362b5, 5362b6, 5362b7, ~~5362b8~~ , 5362bx, 5362c3, 5362c5, 5362c6, 5362c7, ~~5362c8~~ , 5362cx, 5362d3, 5362d5, 5362d6, 5362d7, ~~5362d8~~ , 5362dx, 5362e3, 5362e5, 5362e6, 5362e7, ~~5362e8~~ , 5362ex, 5362f3, 5362f5, 5362f6, 5362f7, ~~5362f8~~ , 5362fx, 5362g3, 5362g5, 5362g6, 5362g7, ~~5362g8~~ , 5362gx, 5362h3, 5362h5, 5362h6, 5362h7, ~~5362h8~~ , 5362hx, 5362x3, 5362x5, 5362x6, 5362x7, ~~5362x8~~ , 5362xx, 5362y, 53630, 53631, 53632, 53633, 53634, 53635, 53636, 5363x, 5363y, 537130, 537131, 537132, 537133, 537134, 537135, 537136, 53713x, 537140, 537141, 537142, 537143, 537144, 537145, 537146, 53714x, 537150, 537151, 537152, 537153, 537154, 537155, 537156, 53715x, 5371x, 5371y, 53730, 53731, 53732, 53733, 53734, 53735, 53736, 53737, 53738, 5373x, 5373y, 537600, 537601, 537620, 537621, 537622, 537630, 537631, ~~537632~~ , 537640, 537641, 537650, 537651, 537660, 537661, 537670, 537671, 537672, 537680, 537681, ~~537682~~ , 537690, 537691, 537692, 537693, 537694, 53769x, 5376y, 538000, 538001, 538002, 538003, 538004, 538005, 538006, 53800x, 538012, 538024, 538052, 538054, 538056, 538070, 538071, 538072, 538096, 53809b, 538100, 538101, 538102, 538103, 538104, 538105, 538106, 53810x, 538124, 538130, 538131, 538132, 538133, 538135, 53813x, 538154, 538170, 538171, 538200, 538201, 538202, 538203, 538204, 53820x, 538224, 538254, 538270, 538271, 538300, 538301, 538302, 538303, 53830x, 538324, 538354, 538370, 538371, 538401, 538412, 53841x, 538474, 5384d1, 5384d2, 5384dx, 5384e, 5384e1, 5384e2, 5384ex, 5384f, 5384f1, 5384f2, 5384fx, 538624, 538654, 538670, 538671, 538811, 538812, 538824, 538830, 538854, 538870, 538871, 538872, 538891, 538896, 538899, 53889b, 538924, 538954, 538970, 538971, 538972, 53899b, ~~538a14~~ , ~~538a40~~ , 538a41, ~~538c03~~ , ~~538c0b~~ , ~~538c13~~ , ~~538c1b~~ , ~~538c23~~ , ~~538c2b~~ , ~~538d03~~ , ~~538d0b~~ , ~~538d13~~ , ~~538d1b~~ , ~~538e03~~ , ~~538e13~~ , ~~538e1b~~ , ~~538f3~~ , ~~538fb~~ , 539524, 539554, 539570, 539571, 539596, 539597, 539724, 539754, 539770, 539771, 539772, 539797, 53991, 58940c, 58941c, 58952c, 58960c, 58961c, 589626, 58962c, 5916A2, 86400, 86401, 8640x, 8640y, 8641, 8642, 8643, 87000, 87001, 8700x, 8700y, 8701, 8704, 8706, 871400, 871401, 871402, 87141, 8714x, 8714y, 87160, 87161, 883520, 883521, 883522, 883523, 883524, 883525, 883530, 883531, 883532, 883533, 883534, 883535, 883540, 883541, 883542, 883543, 883544, 883545, ~~883580~~ , ~~883581~~ , ~~883582~~ , ~~883583~~ , ~~883584~~ , 88359, 8835a0, 8835a1, 8835a2, 8835a3, 8835a4, 8835a5, 8835b0, 8835b1, 8835b2, 8835b3, 8835b4, 8835b5, ~~8835c0~~ , ~~8835c1~~ , ~~8835c2~~ , ~~8835c3~~ , ~~8835c4~~ , ~~8835c5~~ ,

Filterliste	Kodes
	~~8835d0, 8835d1, 8835d2, 8835d3, 8835d4~~ , 8835e, 8835f, 8835x, 8835y, 883602, 883603, 883604, 883605, 883608, ~~883609~~ , 88360a, ~~88360b~~ , 88360c, 88360e, 88360h, 88360j, 88360k, 88360m, 88360n, 88360x, 883611, 883612, 883613, 883614, 883615, 883618, ~~883619~~ , 88361a, ~~88361b~~ , 88361c, 88361e, 88361x, 883621, 883622, 883623, 883624, 883625, 883628, ~~883629~~ , 88362a, ~~88362b~~ , 88362c, 88362e, 88362x, 883631, 883632, 883633, 883634, 883635, 883638, ~~883639~~ , 88363a, ~~88363b~~ , 88363c, 88363e, 88363x, 883661, 883662, 883663, 883664, 883665, 883668, ~~883669~~ , 88366a, ~~88366b~~ , 88366c, 88366e, 88366x, 883671, 883672, 883673, 883674, 883675, 883678, ~~883679~~ , 88367a, ~~88367b~~ , 88367c, 88367e, 88367x, 883681, 883682, 883683, 883684, 883685, 883688, ~~883689~~ , 88368a, ~~88368b~~ , 88368c, 88368e, 88368x, 8836p1, 8836p2, 8836p3, 8836p4, 8836p5, 8836p8, ~~8836p9~~ , 8836pa, ~~8836pb~~ , 8836pc, 8836pe, 8836px, 8836r1, 8836r2, 8836r3, 8836r4, 8836r5, 8836r8, ~~8836r9~~ , 8836ra, ~~8836rb~~ , 8836rc, 8836re, 8836rx, ~~8836wb~~ , ~~8836wc~~ , ~~8836wx~~ , 8836x1, 8836x2, 8836x3, 8836x4, 8836x5, 8836x8, ~~8836x9~~ , 8836xa, ~~8836xb~~ , 8836xc, 8836xe, 8836xx, 8836y, 883700, 883701, 883710, 883711, 883720, 883721, 883750, 883751, ~~883760~~ , ~~883761~~ , ~~88378~~ , ~~88379~~ , 8837A0, 8837a1, 8837a2, 8837a3, 8837a4, 8837ax, 8837G, 8837J, 8837k0, ~~8837k1~~ , ~~8837k2~~ , ~~8837k3~~ , ~~8837k4~~ , ~~8837k5~~ , ~~8837k6~~ , ~~8837k7~~ , ~~8837k8~~ , ~~8837k9~~ , ~~8837ka~~ , ~~8837kb~~ , ~~8837kc~~ , 8837kx, 8837m0, 8837m1, 8837m2, 8837m3, 8837m4, 8837m5, 8837m6, 8837m7, 8837m8, 8837m9, 8837ma, 8837mx, 8837p, 8837q, 8837t, 8837u, 8837v, 8837w0, 8837w1, 8837w2, 8837w3, 8837w4, 8837w5, 8837w6, 8837w7, 8837w8, 8837w9, 8837wa, 8837wx, ~~8837x~~ , ~~8837y~~ , 88390, 88393, ~~883943~~ , ~~883945~~ , 883946, 883947, 883948, 883949, 883990, 883991, 883992, 8839a0, 8839a1, 8839a2, 8839a3, 8839a4, 8839a5, 8839b0, 8839b1, 8839b2, 8839b3, 8839b4, 8839x, 8839y, 883d00, 883d01, 883d02, 883d03, 883d04, 883d05, 883d06, 883d07, 883d08, 883d09, 883d0a, 883d0x, 883d10, 883d11, 883d12, 883d13, 883d14, 883d15, 883d16, 883d17, 883d18, 883d19, 883d1a, 883d20, 883d21, 883d22, 883d23, 883d24, 883d25, 883d26, 883d27, 883d28, 883d29, 883d2a, 884000, 884003, ~~884009~~ , ~~88400b~~ , 88400h, 88400j, 88400k, 88400m, 88400n, 88400p, 884010, 884013, ~~884019~~ , ~~88401b~~ , 88401h, 88401j, 88401k, 88401m, 88401n, 88401p, 884020, 884023, ~~88402b~~ , 88402h, 88402j, 88402k, 88402m, 88402n, 88402p, 884030, 884033, ~~88403b~~ , 88403h, 88403j, 88403k, 88403m, 88403n, 88403p, 884040, 884043, ~~88404b~~ , 88404h, 88404j, 88404k, 88404m, 88404n, 88404p, 884050, 884053, ~~88405b~~ , 88405h, 88405j, 88405k, 88405m, 88405n, 88405p, 884100, 88410h, 88410j, 88410k, 88410m, 88410n, 88410p, 884110, 88411h, 88411j, 88411k, 88411m, 88411n, 88411p, 884120, 88412h, 88412j, 88412k, 88412m, 88412n, 88412p, 884130, 88413h, 88413j, 88413k, 88413m, 88413n, 88413p, 884140, 88414h, 88414j, 88414k, 88414m, 88414n, 88414p, 884150, 88415h, 88415j, 88415k, 88415m, 88415n, 88415p, ~~88420b~~ , 884200, 884202, 884203, ~~88420b~~ , 88420h, 88420j, 88420k, 88420m, 88420n, 88420p, 884210, 884213, ~~88421b~~ , 88421h, 88421j, ~~88421j~~ , 88421k, 88421m, 88421n, 88421p, 884220, 884223, ~~88422b~~ , 88422h, 88422j, 88422k, 88422m, 88422n, 88422p, 884230, 884233, ~~88423b~~ , 88423h, 88423j, 88423k, 88423m, 88423n, 88423p, 884240, 884243, ~~88424b~~ , 88424h, 88424j, 88424k, 88424m, 88424n, 88424p, 884250, 884253, ~~88425b~~ , 88425h, 88425j, 88425k, 88425m, 88425n, 88425p, 884300, 88430h, 88430j, 88430k, 88430m, 88430n, 88430p, 884310, 88431h, 88431j, 88431k, 88431m, 88431n, 88431p, 884320, 88432h, 88432j, 88432k, 88432m, 88432n, 88432p, 884330, 88433h, 88433j, 88433k, 88433m, 88433n, 88433p, 884340, 88434h, 88434j, 88434k, 88434m, 88434n, 88434p, 884350, 88435h, 88435j, 88435k, 88435m, 88435n, 88435p, 884400, 884410, 884420, 884430, 884440, 884450, 884503, ~~88450b~~ , 884513, ~~88451b~~ , 884603, ~~88460b~~ , 884613, ~~88461b~~ , 884800, 88480h, 88480j, 88480k, 88480m, 88480n, 88480p, 884810, 88481h, 88481j, 88481k, 88481m, 88481n, 88481p, 884820, 88482h, 88482j, 88482k, 88482m, 88482n, 88482p, 884830, 88483h, 88483j, 88483k, 88483m, 88483n, 88483p, 884840, 88484h, 88484j, 88484k, 88484m, 88484n, 88484p, 884850, 88485h, 88485j, 88485k, 88485m, 88485n, 88485p, 884900, 884903, ~~88490b~~ , 88490h, 88490j, 88490k, 88490m, 88490n, 88490p, 884910, ~~88491b~~ , 88491h, 88491j, 88491k, 88491m, 88491n, 88491p, 884a00, 884a03, ~~884a0b~~ , 884a0h, 884a0j, 884a0k, 884a0m, 884a0n, 884a0p, 884a10, 884a13, ~~884a1b~~ , 884a1h, 884a1j, 884a1k, 884a1m, 884a1n, 884a1p, 884b00, 884b0h, 884b0j, 884b0k, 884b0m, 884b0n, 884b0p, 884b20, 884b2h, 884b2j, 884b2k, 884b2m, 884b2n, 884b2p, 884b30, 884b3h, 884b3j, 884b3k, 884b3m, 884b3n, 884b3p, 884b40, 884b4h, 884b4j, 884b4k, 884b4m, 884b4n, 884b4p, 884b50, 884b5h, 884b5j, 884b5k, 884b5m, 884b5n, 884b5p, 884b60, 884b6h, 884b6j, 884b6k, 884b6m, 884b6n, 884b6p, 885100, 885101, 885110, 885111, 885130, 885131, 885140,

Filterliste	Kodes
	885141, 885150, 885151, 8851x, 8851y, 885313, 885314, 885315, 885316, 885317, 885319, 88531a, 88531b, 88531c, 88531d, 88531e, 88531f, 88533, 88534, 88535, 88536, 885370, 885371, 885372, 885373, 885374, 885376, 885377, 885378, 885379, 88537a, 88537b, 88537c, 885380, 885381, 885382, 885383, 885384, 885386, 885387, 885388, 885389, 88538a, 88538b, 88538c, 8853x, 8853y, 88542, 88543, 88544, 88545, 885460, 885461, 885462, 885463, 885464, 885466, 885467, 885468, 885469, 88546a, 88546b, 88546c, 885470, 885471, 885472, 885473, 885474, 885476, 885477, 885478, 885479, 88547a, 88547b, 88547c, 88548, 8854x, 8854y, 885513, 885514, 885515, 885516, 885517, 885519, 88551a, 88551b, 88551c, 88551d, 88551e, 88551f, 88553, 88554, 88555, 88556, 885570, 885571, 885572, 885573, 885574, 885576, 885577, 885578, 885579, 88557a, 88557b, 88557c, 885580, 885581, 885582, 885583, 885584, 885586, 885587, 885588, 885589, 88558a, 88558b, 88558c, 8855x, 8855y, 8856, 88570, 885710, 885711, 885712, 885713, 885714, 885716, 885717, 885718, 885719, 88571a, 88571b, 88571c, 885720, 885721, 885722, 885723, 885724, 885726, 885727, 885728, 885729, 88572a, 88572b, 88572c, 8857x, 8857y, 885a00, 885a01, 885a02, 885a03, 885a13, 885a14, 885a15, 885a16, 885a17, 885a19, 885a1a, 885a1b, 885a1c, 885a1d, 885a1e, 885a1f, 89810, 89811, 89840, 89841, 89842, 898b00, 898b01, 898b1, 898b10, 898b11
KCHK_ICD	C70.0, C70.1, C71, C71.0, C71.1, C71.2, C71.3, C71.4, C71.5, C71.6, C71.7, C71.8, C71.9, C72.0, C72.1, C72.2, C72.3, C72.4, C72.5, C72.8, C72.9, C79.3, D32.0, D32.1, D32.9, D33. 4, D33.0, D33.1, D33.2, D33.3, D33.7, D33.9, E10.01, E10.11, E10.20, E10.21, E10.30, E10.31, E10.40, E10.41, E10.50, E10.51, E10.60, E10.61, E10.72, E10.73, E10.74, E10.75, E10.80, E10.81, E10.90, E10.91, E11.01, E11.11, E11.20, E11.21, E11.30, E11.31, E11.40, E11.41, E11.50, E11.51, E11.60, E11.61, E11.72, E11.73, E11.74, E11.75, E11.80, E11.81, E11.90, E11.91, E12.01, E12.11, E12.20, E12.21, E12.30, E12.31, E12.40, E12.41, E12.50, E12.51, E12.60, E12.61, E12.72, E12.73, E12.74, E12.75, E12.80, E12.81, E12.90, E12.91, E13.01, E13.11, E13.20, E13.21, E13.30, E13.31, E13.40, E13.41, E13.50, E13.51, E13.60, E13.61, E13.72, E13.73, E13.74, E13.75, E13.80, E13.81, E13.90, E13.91, E14.01, E14.11, E14.20, E14.21, E14.30, E14.31, E14.40, E14.41, E14.50, E14.51, E14.60, E14.61, E14.72, E14.73, E14.74, E14.75, E14.80, E14.81, E14.90, E14.91, E65, E66.00, E66.01, E66.02, E66.09, E66.10, E66.11, E66.12, E66.19, E66.20, E66.21, E66.22, E66.29, E66.80, E66.81, E66.82, E66.89, E66.90, E66.91, E66.92, E66.99, E67.8, E68, E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8, E78.9, G45.02, G45.03, G45.09, G45.12, G45.13, G45.19, G45.22, G45.23, G45.29, G45.32, G45.33, G45.39, G45.42, G45.43, G45.49, G45.82, G45.83, G45.89, G45.92, G45.93, G45.99, G46.0, G46.1, G46.2, G46.3, G46.4, G46.5, G46.6, G46.7, G46.8, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22.0, I22.1, I22.8, I22.9, I23.0, I23.1, I23.2, I23.3, I23.4, I23.5, I23.6, I23.8, I24.0, I24.1, I24.8, I24.9, I25.0, I25.10, I25.11, I25.12, I25.13, I25.14, I25.15, I25.16, I25.19, I25.20, I25.21, I25.22, I25.29, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9, I38, I39.0, I39.1, I39.2, I39.3, I39.4, I39.8, I44.0, I44.1, I44.2, I44.3, I44.4, I44.5, I44.6, I44.7, I45.0, I45.1, I45.2, I45.3, I45.4, I45.5, I45.6, I45.8, I45.9, I46.0, I46.1, I46.9, I47.0, I47.1, I47.2, I47.9, I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9, I49.0, I49.1, I49.2, I49.3, I49.4, I49.5, I49.8, I49.9, I51.3, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62.00, I62.01, I62.1, I62.9, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9, I66.0, I66.1, I66.2, I66.3, I66.4, I66.8, I66.9, I67.0, I67.10, I67.11, I67.2, I67.3, I67.4, I67.5, I67.6, I67.7, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, I70.0, I70.1, I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26, I70.29, I70.8, I70.9, J12.0, J12.1, J12.2, J12.3, J12.8, J12.9, J13, J14, J15.0, J15.1, J15.2, J15.3, J15.4, J15.5, J15.6, J15.7, J15.8, J15.9, J16.0, J16.8, J17.0, J17.1, J17.2, J17.3, J17.8, J18.0, J18.1, J18.2, J18.8, J18.9, J20.0, J20.1, J20.2, J20.3, J20.4, J20.5, J20.6, J20.7, J20.8, J20.9, J21.0, J21.1, J21.8, J21.9, J22, J40, J41.0, J41.1, J41.8, J42, J43.0, J43.1, J43.2, J43.8, J43.9, J44.00, J44.01, J44.02, J44.03, J44.09, J44.10, J44.11, J44.12, J44.13, J44.19, J44.80, J44.81, J44.82, J44.83, J44.89, J44.90, J44.91, J44.92, J44.93, J44.99, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, J47, J60, J61, J62.0, J62.8, J63.0, J63.1, J63.2, J63.3, J63.4, J63.5, J63.8, J64, J65, J66.0, J66.1, J66.2, J66.8, J67.0, J67.1, J67.2, J67.3, J67.4, J67.5, J67.6, J67.7, J67.8, J67.9, J68.0, J68.1, J68.2, J68.3, J68.4, J68.8, J68.9, J69.0, J69.1, J69.8, J70.0, J70.1, J70.2, J70.3, J70.4, J70.8, J70.9, J80.01, J80.02, J80.03, J80.09, J81, J82, J84.0, J84.1, J84.8, J84.9, J85.0, J85.1, J85.2, J85.3, J86.0, J86.9, J90, J91, J92.0, J92.9, J93.0, J93.1, J93.8, J93.9, J94.0, J94.1, J94.2, J94.8, J94.9, J95.0, J95.1, J95.2, J95.3, J95.4, J95.5, J95.80, J95.81, J95.82, J95.88, J95.9, J96.00, J96.01, J96.09, J96.10, J96.11, J96.19, J96.90, J96.91, J96.99, J98.0, J98.1, J98.2, J98.3,

Filterliste	Kodes
	J98.4, J98.50, J98.58, J98.6, J98.8, J98.9, J99.0, J99.1, J99.8, N17.01, N17.02, N17.03, N17.09, N17.11, N17.12, N17.13, N17.19, N17.21, N17.22, N17.23, N17.29, N17.81, N17.82, N17.83, N17.89, N17.91, N17.92, N17.93, N17.99, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N18.80, N18.89, N18.9, N19, S06.0, S06.1, S06.20, S06.21, S06.22, S06.23, S06.28, S06.30, S06.31, S06.32, S06.33, S06.34, S06.38, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, S06.9, T81.4, T84.6, D90, I10.00, I10.01, I10.10, I10.11, I10.90, I10.91, I15.00, I15.01, I15.10, I15.11, I15.20, I15.21, I15.80, I15.81, I15.90, I15.91, I27.0, I27.1, I27.20, I27.28, I27.8, I27.9, I33.0, I33.9, I42.0, I42.6, I42.7, I50.00, I50.01, I50.11, I50.12, I50.13, I50.14, I50.19, I50.9, I71.01, I71.02, I72.4, I72.8, I72.9, I73.9, I74.0, I74.3, I74.5, I77.0, I77.2, I77.8, I77.9, I80.1, I80.20, I80.28, I80.80, I80.81, I80.88, I82.2, I97.1, J99.21, J99.22, J99.23, L02.4, L03.3, R57.0, T81.0, T81.7, T82.0, T82.5, T82.6, T82.9, Z94.0, Z94.1, Z94.2, Z94.3, Z94.4, Z94.5, Z94.6, Z94.7, Z94.80, Z94.81, Z94.88, Z94.9, C70.9, D33.4, S06.70, S06.71, S06.72, S06.73, S06.79
KCHK_GOP	04560, 13600, 13602, 13610, 13611, 31131, 31132, 31133, 31135, 31181, 31182, 31183, 31184, 31185, 31186, 31187, 31188, 31191, 31192, 31193, 31194, 31195, 31196, 31197, 31198, 31201, 31202, 31203, 31204, 31205, 32018, 32022, 34291, 34292, 36201, 36202, 36203, 36204, 36205, 40815, 40816, 40817, 40818, 40819, 40823, 40824, 40825, 40826, 40827, 40828

Lieferzeiträume

Lieferquartal	Zeitraum für Erstlieferung	Zeitraum für Korrekturlieferungen
4. Quartal ~~2021~~ 2022	~~2021~~ 2022-10-01 bis ~~2021~~ 2022-10-15	~~2021~~ 2022-10-16 bis ~~2021~~ 2022-10-31
1. Quartal ~~2022~~ 2023	~~2022~~ 2023-01-15 bis ~~2022~~ 2023-01-31	~~2022~~ 2023-02-01 bis ~~2022~~ 2023-02-15
2. Quartal ~~2022~~ 2023	~~2022~~ 2023-04-01 bis ~~2022~~ 2023-04-15	~~2022~~ 2023-04-16 bis ~~2022~~ 2023-04-30
3. Quartal ~~2022~~ 2023	~~2022~~ 2023-07-01 bis ~~2022~~ 2023-07-15	~~2022~~ 2023-07-16 bis ~~2022~~ 2023-07-31
4. Quartal ~~2022~~ 2023	~~2022~~ 2023-10-01 bis ~~2022~~ 2023-10-15	~~2022~~ 2023-10-16 bis ~~2022~~ 2023-10-31
1. Quartal ~~2023~~ 2024	~~2023~~ 2024-01-15 bis ~~2023~~ 2024-01-31	~~2023~~ 2024-02-01 bis ~~2023~~ 2024-02-15
2. Quartal ~~2023~~ 2024	~~2023~~ 2024-04-01 bis ~~2023~~ 2024-04-15	~~2023~~ 2024-04-16 bis ~~2023~~ 2024-04-30
3. Quartal ~~2023~~ 2024	~~2023~~ 2024-07-01 bis ~~2023~~ 2024-07-15	~~2023~~ 2024-07-16 bis ~~2023~~ 2024-07-31
4. Quartal ~~2023~~ 2024	~~2023~~ 2024-10-01 bis ~~2023~~ 2024-10-15	~~2023~~ 2024-10-16 bis ~~2023~~ 2024-10-31

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 2024 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2024' 2022 UND AUFNDATUM <= '31.12.2024' 2022 UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2022' 2023)

Diagnose(n) der Tabelle CAR_ICD_EX

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

Prozedur(en) der Tabelle CAR_OPS

OPS-Kode	Titel
5-381.00	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
5-381.05	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
5-381.06	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: Gefäßprothese

- 5-382.00 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-382.01 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-382.02 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-382.03 Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-383.00 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-383.01 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-383.02 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-383.03 Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-393.00 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis
- 5-393.01 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis
- 5-395.00 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-395.01 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-395.02 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-395.03 Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-396.02 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-397.00 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.
- 5-397.01 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-397.02 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell
- 5-397.03 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-397.05 Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent
- 8-836.0h (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis n.n.bez.
- 8-836.0j (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis communis
- 8-836.0k (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell
- 8-836.0m (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-836.0n (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Ballon-Angioplastie: A. carotis externa
- 8-840.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-840.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-840.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-840.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-840.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-840.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-840.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-840.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis

8-840.2k	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.2m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.2n	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa
8-840.3h	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.3j	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
8-840.3k	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.3m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.3n	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
8-840.4h	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.4j	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
8-840.4k	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.4m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.4n	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
8-840.5h	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
8-840.5j	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
8-840.5k	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-840.5m	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-840.5n	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
8-841.0h	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
8-841.0j	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis communis
8-841.0k	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
8-841.0m	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.0n	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Ein Stent: A. carotis externa
8-841.1h	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.1j	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
8-841.1k	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.1m	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.1n	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
8-841.2h	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
8-841.2j	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis communis
8-841.2k	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
8-841.2m	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
8-841.2n	(Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Drei Stents: A. carotis externa

- 8-841.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis communis
- 8-841.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Vier Stents: A. carotis externa
- 8-841.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-841.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-841.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-841.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-841.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-841.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-841.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-842.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
- 8-842.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa
- 8-842.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-842.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-842.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis communis
- 8-842.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis externa
- 8-842.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis communis
- 8-842.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell

- 8-842.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: A. carotis externa
- 8-842.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-842.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-842.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-842.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-842.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-842.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-842.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-843.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-843.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-843.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-843.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-843.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis communis
- 8-843.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Drei Stents: A. carotis externa
- 8-843.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis communis
- 8-843.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Vier Stents: A. carotis externa
- 8-843.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-843.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-843.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-843.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-843.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-843.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell

- 8-843.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-843.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von bioresorbierbaren Stents: Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-845.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-845.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-845.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-845.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-845.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-845.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-845.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-845.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-845.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-845.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von ungecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-846.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-846.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis communis
- 8-846.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-846.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-846.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: A. carotis externa
- 8-846.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-846.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-846.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-846.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-846.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-848.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis communis
- 8-848.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: A. carotis externa
- 8-848.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis communis
- 8-848.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: A. carotis externa
- 8-848.2h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: A. carotis n.n.bez.

- 8-848.2j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Drei Stents: A. carotis communis
- 8-848.2k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.2m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Drei Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.2n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Drei Stents: A. carotis externa
- 8-848.3h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Vier Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.3j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Vier Stents: A. carotis communis
- 8-848.3k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.3m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Vier Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.3n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Vier Stents: A. carotis externa
- 8-848.4h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Fünf Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.4j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Fünf Stents: A. carotis communis
- 8-848.4k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.4m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Fünf Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.4n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Fünf Stents: A. carotis externa
- 8-848.5h (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Sechs oder mehr Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-848.5j (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Sechs oder mehr Stents: A. carotis communis
- 8-848.5k (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-848.5m (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Sechs oder mehr Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-848.5n (Perkutan-)transluminale Implantation von medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft):
Sechs oder mehr Stents: A. carotis externa
- 8-849.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
n.n.bez.
- 8-849.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
communis
- 8-849.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
interna extrakraniell
- 8-849.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-849.0n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
externa
- 8-849.1h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei oder mehr
Stents: A. carotis n.n.bez.
- 8-849.1j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei oder mehr
Stents: A. carotis communis
- 8-849.1k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei oder mehr
Stents: A. carotis interna extrakraniell
- 8-849.1m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei oder mehr
Stents: A. carotis interna extrakraniell mit A. carotis communis
- 8-849.1n (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei oder mehr
Stents: A. carotis externa
- 8-84a.0h (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
n.n.bez.
- 8-84a.0j (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
communis
- 8-84a.0k (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
interna extrakraniell
- 8-84a.0m (Perkutan-)transluminale Implantation von anderen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: A. carotis
interna extrakraniell mit A. carotis communis

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

Prozedur(en) der Tabelle CAR_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 5-37b.10 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 1 Kanüle
- 5-37b.11 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 2 Kanülen
- 5-37b.12 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
- 5-37b.20 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 1 Kanüle
- 5-37b.21 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation von Kanülen in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 2 Kanülen
- 5-37b.22 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Implantation in periphere Gefäße mit Gefäßprothese: 3 oder mehr Kanülen
- 5-37b.30 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 1 Kanüle
- 5-37b.31 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 2 Kanülen
- 5-37b.32 Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch: Offen chirurgische Entfernung von Kanülen: 3 oder mehr Kanülen
- 5-384.01 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese
- 5-384.02 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.0x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens: Sonstige
- 5-384.11 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese
- 5-384.12 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.1x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens mit Reimplantation der Koronararterien: Sonstige
- 5-384.31 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese
- 5-384.32 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.3x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracica: Sonstige
- 5-384.41 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese
- 5-384.42 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.43 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.44 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.45 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.46 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma

- 5-384.4x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta thoracoabdominalis: Sonstige
- 5-384.51 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese
- 5-384.52 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.53 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.54 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.55 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.56 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.5x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, n.n.bez.: Sonstige
- 5-384.61 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.62 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.63 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.64 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.65 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.66 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.6x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Sonstige
- 5-384.71 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese
- 5-384.72 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.73 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.74 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.75 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.76 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.7x Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Sonstige
- 5-384.8 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta ascendens, Aortenbogen oder Aorta descendens mit Hybridprothese
- 5-384.d1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.d2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.dx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, aufsteigender Teil: Sonstige
- 5-384.e1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese
- 5-384.e2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.ex Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aortenbogen, absteigender Teil: Sonstige
- 5-384.f1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese
- 5-384.f2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.fx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Gesamter Aortenbogen: Sonstige
- 5-384.x1 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese
- 5-384.x2 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Rohrprothese bei Aneurysma
- 5-384.x3 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal
- 5-384.x4 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma
- 5-384.x5 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral
- 5-384.x6 Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma
- 5-384.xx Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Sonstige: Sonstige
- 5-384.y Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: N.n.bez.
- 5-393.02 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia
- 5-393.03 Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. vertebralis
- 5-396.00 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis n.n.bez.

- 5-396.01 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus
- 5-396.03 Transposition von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa
- 5-981 Versorgung bei Mehrfachverletzung
- 5-982.1 Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am Gesichtsschädel
- 5-982.2 Versorgung bei Polytrauma: Operationen an Bewegungsorganen, an Organen des Bauchraumes und Thoraxraumes und am ZNS
- 5-982.x Versorgung bei Polytrauma: Sonstige
- 5-982.y Versorgung bei Polytrauma: N.n.bez.
- 8-852.00 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- 8-852.01 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- 8-852.03 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- 8-852.04 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- 8-852.05 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- 8-852.06 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- 8-852.07 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- 8-852.08 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- 8-852.09 Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- 8-852.0b Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- 8-852.0c Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- 8-852.0d Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- 8-852.0e Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung: Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Karotis-Revaskularisation (10/2)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
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 Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere

			dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
4	Betriebsstätten-Nummer	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine 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.
5	Fachabteilung	☐ ☐ ☐ ☐ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Identifikationsnummer des Patienten	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	-
8	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9.1	Körpergröße	☐ ☐ ☐ Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.

9.2	Körpergröße unbekannt	☐ 1 = ja	-
10.1	Körpergewicht bei Aufnahme	 Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
10.2	Körpergewicht unbekannt	☐ 1 = ja	-
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	. .	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <u>2024</u> <u>2022</u> bis zum 10.01. <u>2024</u> <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. <u>2024</u> <u>2022</u> bis zum 20.01. <u>2024</u> <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. <u>2024</u> <u>2022</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. <u>2024</u> <u>2022</u> .
Klinische Diagnostik			
12	Diabetes mellitus	☐ 0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	Bitte ja angeben, wenn der Patient medikamentös behandelt wird, bzw. der Nüchternblutzucker über 110 mg/dl (6,1 mmol/l) liegt.
13	präoperative Nierenersatztherapie	☐ 0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	"akut" ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten präoperativ eine Nierenersatztherapie durchgeführt wird, jedoch noch kein Dialyse-Shunt oder Peritonealdialysekatheter appliziert wurde.
wenn Feld 13 = 0			
14.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	, präoperativ (letzter Wert vor OP) Angabe in: mg/dl	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der Operation.

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

		neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	
wenn Feld 17.2 = LEER und wenn Feld 16 = 2			
18.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	☐ ☐ ☐ anamnestische Angaben ausreichend Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	-
18.2	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.	☐ 1 = ja	-
19	Karotisläsion links	☐ 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)	-
wenn Feld 19 = 2 und wenn Feld 15 = 0			
20.1	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	☐ 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	-
wenn Feld 19 = 2 und wenn Feld 15 = 0			
20.2	symptomatische Karotisläsion links (Notfall)	☐ 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige	-
wenn Feld 20.2 = LEER und wenn Feld 19 = 2			

21.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	☐ ☐ ☐ anamnestische Angaben ausreichend Angabe in: Tage Gültige Angabe: ≥ 0 Tage Angabe ohne Warnung: ≤ 180 Tage	-
21.2	Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen.	☐ 1 = ja	-
22	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	☐ An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde. 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-
Apparative Diagnostik			
23	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	☐ ☐ ☐ Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-
24	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	☐ ☐ ☐ Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-
25	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	☐ Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur	-

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

		1 = ja	
28.4	Mehretagenläsion	☐ operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich 1 = ja	-
28.5	sonstige	☐ 1 = ja	-
29	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 29 = 1			
30	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)	☐ 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-
Prozedur (PROZ)			
Eingriff / Prozedur			
31	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien,

			Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents). Andere Operationen und Prozeduren, die der Patient im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (z.B. an anderen Organen) erhält, sind nicht gemeint. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
32	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33.1	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher 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) [...]"
33.2	Eingriff ohne Narkose erfolgt	☐ 1 = ja	-
34	Indikation	☐ 1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen	-
35	therapierte Seite	☐ 1 = rechts 2 = links	-
36	Wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?	☐ ☐ 1 ... 99 Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 99	Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis der entsprechenden Seite, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents).
37	Prozedur(en)	1. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 2. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 3. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 4. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 5. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 6. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 7. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 8. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 9. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐	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

		10.□-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Kode und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-381.01 (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 Kodes 5-381.01 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2022-2023</u> durchgeführte Eingriffe sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2024-2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<u>2024-2022</u> aufgenommen worden ist.
38	Art des Eingriffs	☐ 1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	-
39	Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem?	☐ Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren. 0 = nein 1 = aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation	-

		6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	
40	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?	☐ 1 = Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff) 2 = Rezidiveingriff (ipsilateral offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)	-
41	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
42	Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern ?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 42 = 1			
43.1	ASS	☐ 1 = ja	-
43.2	Clopidogrel	☐ 1 = ja	-
43.3	sonstige ADP-Rezeptorantagonisten	☐ z.B. Prasugrel, Ticagrelor 1 = ja	-
43.4	GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten	☐ z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban 1 = ja	-
43.5	sonstige	☐ z.B. Cilostazol 1 = ja	-
postprozeduraler Verlauf			
44	Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
45	neu aufgetretenes neurologisches Defizit	☐ bis zur Entlassung, es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff; jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben	-

		0 = Nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	
wenn Feld 45 = 2			
46	Schweregrad des neurologischen Defizits	☐ zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: ischämischer Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	-
Basis (B)			
Entlassung			
47	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2024~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2024~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2024~~ <u>2022</u> bis zum

			20.01. ~~2024~~ 2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2024~~ 2022 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2024~~ 2022
48	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022~~ -2023 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2024~~ 2022 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2024~~ 2022 aufgenommen worden ist.
49	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Lange Schlüssel

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

	28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

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 202~~1~~2 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~4

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~1~~2' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~2~~3' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~4')

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

C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	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 unbekannten Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten 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	Adenosinaminase[ADA]-Mangel
D81.4	Nezelof-Syndrom
D81.5	Purinnukleosid-Phosphorylase[PNP]-Mangel
D81.6	Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-I-Defekt [MHC-Klasse-I-Defekt]
D81.7	Haupthistokompatibilitäts-Komplex-Klasse-II-Defekt [MHC-Klasse-II-Defekt]
D81.8	Sonstige kombinierte Immundefekte
D81.9	Kombinierter Immundefekt, nicht näher bezeichnet
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
D82.1	Di-George-Syndrom
D82.2	Immundefekt mit disproportioniertem Kleinwuchs
D82.3	Immundefekt mit hereditär defekter Reaktion auf Epstein-Barr-Virus

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

Prozedur(en) der Tabelle PNEU OPS_EX

OPS-Kode Titel

8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten
8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage

- [illegible]

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
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 Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	aufnehmender Standort		Der "aufnehmende Standort" entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.
4	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

6	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□ □□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.																											
7	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	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. Übersetzung der Kriterien <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> <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 ≥ 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																												
8	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-																											
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202~~1~~² bis zum 10.01.202~~1~~² 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202~~1~~² bis zum 20.01.202~~1~~² Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202~~1~~², das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202~~1~~².
Aufnahme			
10	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	☐ Dies betrifft auch die Aufnahme von Patienten, die in einem pflegerischen Bereich eines Pflegeheims, einer Seniorenresidenz oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt wurden. 0 = nein 1 = ja	Nicht gemeint ist betreutes Wohnen.
11	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind Patienten, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren.
12	chronische Bettlägerigkeit	☐ Patient kann unabhängig von der akuten Erkrankung bereits vor der Krankenhauseinweisung nicht mehr - auch nicht mit Hilfe - aufstehen 0 = nein 1 = ja	-
13	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	☐ Eine nicht-invasive maschinelle Maskenbeatmung oder CPAP ist hier nicht gemeint 0 = nein 1 = ja	Wenn die Aufnahme unter Reanimationsbedingungen erfolgt und sich eine invasive maschinelle Beatmung anschließt, ist ebenfalls "ja" zu dokumentieren.
wenn Feld 13 = 0			
14	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	☐ Qualitative Beurteilung bei Aufnahme 0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt 9 = nicht beurteilbar	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores - zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. Übersetzung der Kriterien

			<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> <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 ≥ 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 13 = 0																														
15.1	spontane Atemfrequenz	☐ ☐ bei Aufnahme Angabe in: Atemzüge/min Gültige Angabe: 1 - 90 Atemzüge/min Angabe ohne Warnung: ≤ 60 Atemzüge/min	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute bei der Aufnahme. Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt folgendes, standardmäßiges Vorgehen zur Bestimmung der Atemfrequenz: Die Messung der Atemfrequenz erfolgt entweder durch visuelle Beobachtung der Thoraxexkursionen oder (insbesondere bei flacher Atmung geeigneter) durch Auflegen der Hand auf den mittleren Thorax des Patienten und Zählung der Atemzüge über 30 Sekunden; die Multiplikation mit dem Faktor zwei ergibt die Atemfrequenz. Dabei ist darauf zu achten, dass die Messung - wenn möglich - ohne Sauerstoffzufuhr durchgeführt wird. Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. Übersetzung der Kriterien																											

			<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> <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 ≥ 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																												
15.2	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt	☐ bei Aufnahme 1 = ja	Die Messung der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme ist Bestandteil der Risikoadjustierung. Fälle, bei denen die Atemfrequenz nicht gemessen wurde, werden in der niedrigsten Atemrisikogruppe berücksichtigt. Hier ist auch dann "ja" anzugeben, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist.																											
wenn Feld 13 = 0																														
16	Blutdruck systolisch	☐ ☐ ☐ Erste Messung bei Aufnahme Angabe in: mmHg Gültige Angabe: 0 - 349 mmHg Angabe ohne Warnung: 61 - 249 mmHg	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores - zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. Übersetzung der Kriterien <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> </table>	Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom		Initial	Beschreibung	C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person	R	Atemfrequenz ≥ 30 /min																			
Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom																														
Initial	Beschreibung																													
C	Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person																													
R	Atemfrequenz ≥ 30 /min																													

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

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

		begonnenen antimikrobiellen Therapie	Krankenhausaufenthaltes keine antibiotische Therapie verabreicht wurde. Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie 4 Stunden noch nicht vollendet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt des Beginns der antimikrobiellen Therapie erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen der Beginn der antimikrobiellen Therapie bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben. 4 bis unter 8 Stunden bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind. 8 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antimikrobiellen Therapie mindestens 8 Stunden vollendet sind. "Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antimikrobiellen Therapie" setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.
Verlauf			
21	Beginn der Mobilisation	☐ mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes (selbstständig oder mit Hilfe) 0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	Keine Mobilisierung bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind. 24 Stunden und später bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt mindestens 24 Stunden vollendet sind. Mobilisation wird definiert als: • Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder • Gehen jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten. Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden. 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.
22	maschinelle Beatmung	☐ nicht-invasiv = Maskenbeatmung, Beatmungshelme oder CPAP	-

		invasiv = mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle 0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht- invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	
23	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht erfolgte. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das BGB in § 630f "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende Sätze: (1) Satz 1 "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen." (2) Satz 1 "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."
wenn Feld 23 = 1			
24	Datum des Eintrags in der Patientenakte	□□.□□.□□□□	-
Entlassung			
25	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202 ~~4~~ bis zum 10.01.202 ~~4~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202 ~~4~~ bis zum 20.01.202 ~~4~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202 ~~4~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202 ~~4~~
26	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die

		2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM http://www.dimdi.de	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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 ~~2~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 ~~2~~ aufgenommen worden ist.
27	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung			
wenn Feld 27 IN ('01';'02';'03';'09';'10';'13';'14')			
28	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinsstörung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung, qualitative Beurteilung 0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt	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.
29	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 0 = nein 1 = ja	Damit ist die Fähigkeit des Patienten gemeint, die oral/enteral aufgenommene Nahrung zu vertragen. Patienten mit Malabsorptionskrankheiten oder Maldigestionskrankheiten, die eine Langzeit-Sondenernährung wegen der Grundkrankheit und unabhängig von der Behandlung der Pneumonie erhalten, werden als stabil eingestuft, wenn sie die Nahrung über die Sonde vertragen können. Eine vom Arzt neu angeordnete enterale Nahrungskarenz gilt als instabil. Als Instabilität bei der Nahrungsaufnahme gilt auch eine kalorisch nicht ausreichende Nahrungszufuhr. 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.
30	spontane Atemfrequenz	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute. Der Patient wird also nicht maschinell beatmet. 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.
31	Herzfrequenz	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt	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.
32	Temperatur	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = maximal 37,8°C 2 = über 37,8°C 3 = nicht bestimmt	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.
33	Sauerstoffsättigung	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt	Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie sollen bei der Untersuchung Raumluft atmen. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen. 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.
34	Blutdruck systolisch	☐ mindestens einmal im Verlauf, möglichst kurzzeitig vor Entlassung 1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	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.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

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 202~~21~~²⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~24~~²³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~21~~²⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~21~~²⁴' UND (ENTLDATEUM = LEER ODER ENLDATEUM <= '31.12.202~~24~~³²')

Diagnose(n) der Tabelle MAM_ICD

ICD-Kode	Titel
C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes
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 unbekannten 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
5-408.71	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär
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
Basis (B)			
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 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 vorgelegt werden.
2	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
4	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine 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 vorgelegt werden.
5	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Identifikationsnummer der Patientin	□□□□□□□□□□□□□□ □□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
8	Geschlecht	□ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202 ~~2~~ ⁴ bis zum 10.01.202 ~~2~~ ⁴ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202 ~~2~~ ⁴ bis zum 20.01.202 ~~2~~ ⁴ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202 ~~2~~ ⁴ , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202 ~~2~~ ⁴ .
10	Aufnahmediagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
Brust (BRUST)			
Präoperative Informationen			
11	betroffene Brust / Seite	□	Wenn beide Seiten operiert werden, ist ein zweiter Teildatensatz "Brust" (inkl. Teildatensatz Operation) anzulegen und auszufüllen.

		1 = rechts 2 = links	
12	Erkrankung an dieser Brust	☐ oder Eingriff an dieser Brust 1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	bei benignen Tumoren oder Tumoren unklarer Dignität: Schlüsselwert = "Primärerkrankung". Schlüsselwert "prophylaktische Mastektomie" trifft zu, wenn die Entfernung des gesamten Brustdrüsenkörpers in präventiver Absicht vorgenommen werden soll. Eine prophylaktische Mastektomie wird bei Frauen mit BRCA-1 oder BRCA2-Genmutation und /oder mit familiärer Hochrisikosituation für das Auftreten eines Mammakarzinoms und bei bereits aufgetretenem Karzinom einer Brust für die kontralaterale (gesunde) Brust vorgenommen. Bei der Mastektomie der erkrankten Seite handelt es sich um eine therapeutische Mastektomie. Dann ist Schlüsselwert "Primärerkrankung" anzugeben. Regionäre Lymphknoten sind ipsilaterale axilläre (einschließlich intramammären), ipsilaterale infraclavikuläre, ipsilaterale supraclavikuläre sowie ipsilaterale Lymphknoten an der A. mammaria interna. Jede andere Lymphknotenmetastase wird als Fernmetastase klassifiziert (einschließlich zervikaler oder kontralateraler Lymphknotenmetastasen an der A. mammaria interna) ⁽¹⁾ . Ebenso Fernmetastasierungen in das Hautorgan, die Weichteilgewebe, die Knochen, das Gehirn und die Viszeralorgane. ⁽¹⁾ [UICC (2017) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim]
wenn Feld 12 = 1			
13	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	☐ 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			
14	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Erste offene Tumor-Operation an dieser Brust wegen Primärerkrankung. Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust. Wenn die Erstresektion in einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde oder wenn der Eingriff im aktuellen Aufenthalt ausschließlich die Axilla betrifft, so ist "nein" zu dokumentieren. Wenn ein operativer Ersteingriff an dieser Brust während des aktuellen oder auch während eines vorangegangenen Aufenthalts in Ihrer Einrichtung stattgefunden hat, ist "ja" anzugeben.
wenn Feld 13 = 1			
15	tastbarer Mammabefund	☐ 0 = nein 1 = ja	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben. Auch bei Tumoren, die sich später in der Histologie als gutartig herausstellen, sind die klinischen Tastbefunde entsprechend der präoperativen Untersuchung zu dokumentieren.
wenn Feld 15 = 0			
16	Mikrokalk ohne Herdbefund	☐	Bei Befunden mit reinem Mikrokalk ist "ja" zu dokumentieren.

		0 = nein 1 = ja	"nein" ist bei Befunden ohne Mikrokalk und bei Mischbefunden aus Mikrokalk und Herdbefund anzugeben.
wenn Feld 13 = 1			
17	Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei Mammografien bei Patientinnen ohne erkennbare Symptome aber mit familiärem Risiko handelt es sich um eine Früherkennung, die keinem Mammografie-Screening-Programm zuzuordnen ist.
wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv			
18	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	☐ 0 = nein 1 = ja	wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv ja: Ein histologischer Befund durch Stanz- oder Vakuumbiopsie liegt vor dem ersten offenen Eingriff vor. Bei der Feinnadelbiopsie handelt es sich nicht um eine histologische Diagnosesicherung.
19	Histologie	☐ 1 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial 4 = malignitätsverdächtig 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	Die Auswahlmöglichkeiten sind der B-Klassifikation zugeordnet: 1 = B1: nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = B2: benigne / entzündliche Veränderung (u.a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis) 3 = B3: benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial (u.a. flache epitheliale Atypie (FEA); atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); papilläre Läsionen; radiäre Narbe / komplexe sklerosierende Läsion; Phylloides-Tumor) 4 = B4: malignitätsverdächtig (u.a. vermutlich maligne Veränderung, aber Beurteilung aus technischen Gründen eingeschränkt; ADH) 5 = B5: maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)
wenn Feld 19 = 5			
20	maligne Neoplasie	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3 siehe Schlüssel 1 "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"	prätherapeutische bzw. präoperative pathologische Befundung: Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiekodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der

			Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch https://www.gekid.de/download/1228/ (abgerufen am: 31.10.2019). Ebenda: 4.2 unter 6.2 "Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of".
21	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes	□□.□□.□□□□	Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde) und den pathologischen Befund komplettiert. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki67-Status. (1) ⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018).
Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund			
wenn maligne Neoplasie ist duktales Carcinoma in situ (DCIS) oder invasives Mammakarzinom (Primärtumor)			
22	Histologischer Typ	☐ 0 = nein 1 = ja	-
23	Grading	☐ 0 = nein 1 = ja	-
24	Hormonrezeptorstatus	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn maligne Neoplasie ist invasives Mammakarzinom (Primärtumor)			
25	HER2-Status	☐ 0 = nein 1 = ja	-
26	Ki67-Status	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 13 = 1			
27	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	☐ Tumorboard und Befunde 0 = nein 1 = ja	Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammachirurgie⁽¹⁾, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS⁽²⁾ und den von Wilson et al.⁽³⁾ formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen⁽¹⁾ bzw. dem Tumorboard^(2,3) vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards^(2,3).

			Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden. ^(2,3) Die Screening-Konferenz kann anerkannt werden, wenn der Teilnehmerkreis den geforderten Teilnehmern entspricht. ⁽²⁾ Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht ("Protokoll Tumorkonferenz"), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist. ^(2,3) Wenn Antwort "ja": Zu den für die prätherapeutische Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme (z. B. Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie) sowie klinische Befunde, Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiografie) ⁽¹⁾ und Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, KI67-Status. ⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018). ⁽²⁾ DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2017): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 28.09.2017. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-l1_170928.docx. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html ⁽³⁾ Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. EJC - European Journal of Cancer 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.

wenn Feld 12 = 1			
28	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Operation (O)			
Eingriff			
29	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1 Angabe ohne Warnung: ≤ 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Brust darf dieselbe Eingriffsnummer -nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der -QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
30	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	☐ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung 0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	"Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist." ⁽¹⁾ Gemäß dieser Leitlinienempfehlung ist die präoperativ durchgeführte Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT mit dem Schlüsselwert "ja, durch Mammografie", "ja, durch Sonografie" bzw. "ja, durch MRT" zu dokumentieren. Schlüsselwert "nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP" ist anzugeben: - wenn präoperativ keine Drahtmarkierung erfolgte, sondern stattdessen die intraoperative sonografische Zielsteuerung des Resektionsvolumens erfolgte. "Unabhängig von der präoperativen Nadelmarkierung, kann die direkte intraoperative sonographische Zielsteuerung das Resektionsvolumen optimieren"⁽¹⁾. Die präoperative Nadel-(Draht-)Markierung ist primär zielführend und sollte nicht generell durch eine rein ultraschallgesteuerte/assistierte OP ersetzt werden. Schlüsselwert "nein" ist z. B. anzugeben: - bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder - bei ausschließlicher Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder - bei ausschließlicher Clipmarkierung von Tumoren in der Brust (z.B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien) oder - bei ausschließlicher intraoperativer Vornahme topografischer Markierungen für die pathomorphologische Befundung. Schlüsselwert "ja" ist anzugeben: - wenn in der Brust befindliche Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor

			geplanter Resektion drahtmarkiert werden. ⁽¹⁾Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 28.06.2019).
wenn Feld 30 IN (1;2;3;4)			
31	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	☐ 0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	"Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparateradiografie oder Präparatesonografie zu erbringen" ⁽¹⁾ - unabhängig von der vermuteten Dignität. Auch bei ultraschallgesteuerter Operation sollte die Präparatesonografie durchgeführt und dokumentiert werden. ⁽¹⁾Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 28.06.2019).
32	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
33	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog 2011 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Kode und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-872.0 ((Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie) als Einschlussprozedur für den Datensatz Mammachirurgie ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-872.0:R, 5-872.0:L oder 5-872.0:B. Die Dokumentation des Kodes 5-872.0 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am

			Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. ~~Im Jahr 2022 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.~~
wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld "Erkrankung an dieser Brust" IN (1;2;3)			
34	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Brust (BRUST)			
Histologie und Staging			
wenn Feld 12 IN (1;2;3;4;5)			
35	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	☐ 1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	- 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. 1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne/entzündliche Veränderung (u. a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis, Papillome, radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion) 3 = Risikoläsion (flache epitheliale Atypie (FEA), atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); Phylloides-Tumor: benigne und Borderline-Kategorie) 4 = maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)
wenn Feld 35 = 4			
36	maligne Neoplasie	□□□□□□	Postoperative pathologische Befundung: Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom

		einschließlich in-situ-Karzinom ICD-O-3 siehe Schlüssel 1 "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"	eingetragen werden. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiekodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch https://www.gekid.de/download/1228/ (abgerufen am: 31.10.2019). Ebenda: 4.2 unter 6.2 "Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of".
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
37	primär-operative Therapie abgeschlossen	☐ 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 "postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz") dürfen erst dann ausgefüllt werden, wenn die operative Therapie (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen) abgeschlossen ist. Nur so kann gesichert werden, dass die endgültigen Befunde eingetragen werden. Im Falle der Empfehlung einer weiteren operativen Therapie werden die genannten Datenfelder beim letzten stationären Aufenthalt ausgefüllt. Die operative Therapie ist auch dann abgeschlossen, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.
wenn Feld 37 = 0			
38	weitere Therapieempfehlung	☐ 1 = Empfehlung zur Nachresektion 2 = Empfehlung zur Mastektomie 3 = Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4 = Empfehlung zur Axilladissektion	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.

		6 = Empfehlung zur BET 9 = Kombination aus 1 bis 6	
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom			
39	pT	□□□□□□ siehe Schlüssel 2 "Path. T-Stadium Mamma"	wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypTNM-Klassifikation angewandt werden. pTNM-Klassifikation Die pTNM-Klassifikation erfolgt nach UICC 8. Auflage, 2017⁽¹⁾. Bei der pT-Klassifikation muss die Einteilung in Subkategorien für pT1 und pT4 erfolgen. pT-Klassifikation Eine pT-Klassifikation erfordert die Untersuchung des Primärtumors ohne makroskopisch erkennbaren Tumor an den Resektionsrändern. Ein Fall kann nach pT klassifiziert werden, wenn an den Resektionsrändern ein Tumor nur histologisch nachgewiesen wird. Die pT-Kategorien entsprechen den T-Kategorien (siehe klinische TNM-Klassifikation). Zur Bestimmung der 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 (2017) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
40	pN	□□□□□□□□ siehe Schlüssel 3 "Path. N-Stadium Mamma"	wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom Bei der pN-Klassifikation müssen die Subkategorien für pN1, pN2, pN3 verschlüsselt werden. pNX darf nur angewandt werden, falls keine Lymphknoten untersucht wurden. Wenn die pathologische Klassifikation auf einer Sentinel-Lymphknoten-Untersuchung basiert, muss diese durch den Zusatz (sn) gekennzeichnet werden, also beispielsweise pN1(sn). Im Falle einer vorausgegangenen neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypN-Klassifikation angewandt werden. Wenn ausschließlich vor der neoadjuvanten Therapie eine Lymphknotenbiopsie erfolgte, wird das Präfix "y" nicht verwendet, sondern es ist die pN-Klassifikation anzuwenden. Falls nach der neoadjuvanten Therapie noch weitere Lymphknoten entfernt wurden, so muss die ypTNM Klassifikation angewandt werden.
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
41	Grading (WHO)	□□	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS In der S-3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und

		G1 = Grad 1 (low grade) G2 = Grad 2 (intermediate grade) G3 = Grad 3 (high grade) GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau⁽¹⁾ ist für das DCIS das Graduierungsschema nach WHO 2003 angeführt: 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 ⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018).
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
42	Gesamtumorgroße	☐☐☐ Angabe in: mm Gültige Angabe: >= 0 mm Angabe ohne Warnung: <= 100 mm	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS Eine aussagekräftige Größenbestimmung an der Vakuumbiopsie, die oftmals aus 20-30 Fragmenten besteht, ist nicht möglich und wird deshalb auch nicht gefordert. Von daher ist in solchen Fällen eine näherungsweise Bestimmung der Ausdehnung des DCIS anhand der präoperativen Bildgebung (Mikrokalk-Ausdehnung) üblich und soll hier dokumentiert werden, um für die weitere Planung der Therapie ein Größenmaß zu haben.
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom			
43	Grading (Elston und Ellis)	☐ 1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom 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⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL.S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018).
44	immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus	☐	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom Bei Rezidivkrankungen bezieht sich das Datenfeld auf die Bestimmung des Hormonrezeptorstatus aus

		0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	dem Gewebe des Rezidivs. Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus • positiv/negativ nur dann, falls Hormonrezeptoren mit immunhistochemischen Verfahren bestimmt wurden • Angabe auch, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden Die Interpretation der immunhistochemischen 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.
45	HER2-Status	☐ 0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 2 = Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie) 9 = unbekannt	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom Angabe auch, wenn der HER2-Status aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurde. Die Bewertung der Ergebnisse orientiert sich an den aktuellsten evidenzbasierten Leitlinien-Empfehlungen: S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms^(4,5), ASCO/CAP Clinical Practice Guideline (Wolff, AC et al. 2013⁽¹⁾, 2015⁽²⁾, 2018⁽⁴⁾) • HER2-heterogene Fälle: Existiert eine zweite zusammenhängende Zellpopulation mit erhöhter HER2-Signalzahl, die mehr als 10% der Tumorzellen auf dem Schnitt ausmacht, sollen die beiden Populationen getrennt ausgewertet werden. Tumore, die unter diesen Voraussetzungen amplifizierte und nicht amplifizierte Areale enthalten, werden als HER2-positiv gewertet ^(3, 5). • Borderline-Kategorie: Bei IHC 2+ sollte eine weitere Testung zur Klärung des HER2-Status erfolgen. Wird diese am gleichen Material durchgeführt, sollte dies mittels ISH geschehen. Nach der aktuellsten Empfehlung der ASCO/CAP Clinical Practice Guideline (Wolff, AC et al. 2018⁽³⁾) entfällt die Borderline-Kategorie. Die Möglichkeit zur Dokumentation dieser Kategorie wird zukünftig gestrichen werden. • Testergebnis unbekannt: Wurde der Test nicht durchgeführt oder sein Ergebnis ist nicht bekannt oder nicht verwertbar (z. B. Artefakte) gilt das als Status unbekannt. Ziel ist es letztlich, zu einem klaren HER2-

			Testergebnis (negativ oder positiv) als Grundlage für die klinische Entscheidungsfindung zu kommen. ⁽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 ⁽²⁾ Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Allison KH, Bartlett JM, Bilous M, Fitzgibbons P, Hanna W, Jenkins RB, Mangu PB et al. 2015. Reply to E.A. Rakha et al. J Clin Oncol 33(11):1302-4 ⁽³⁾ Wolff, AC; Hammond, MEH; Kimberly, HA; Harvey, BE; Mangu, PB; Bartlett, JMS; et al. (2018): Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. JCO- Journal of Clinical Oncology 36(20): 2105-2122. DOI: 10.1200/jco.2018.77.8738. ⁽⁴⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2019-08.pdf (abgerufen am: 31.10.2019) ⁽⁵⁾ Lebeau, A; Denkert, C; Sinn, P; Schmidt, M; Wöckel, A (2019): Update der S3-Leitlinie Mammakarzinom. Was gibt es neues für den Pathologen? Pathologe 40(2): 185-198. DOI: 10.1007 / s00292-019-0578-3. Abkürzungen Testmethodik: IHC: Immunhistochemie ISH: In-Situ-Hybridisierung
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom und Erkrankung an dieser Brust ist Primärerkrankung			
46	histologisch gesicherte Multizentrität	☐ 0 = nein 1 = ja	wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom 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⁾. ⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche

			Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OL_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018).
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom und Erkrankung an dieser Brust ist Primärerkrankung			
47	R0-Resektion	☐ 0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor 9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	Eine R0-Resektion liegt vor bei endgültig tumorfreiem Resektionsrand nach Abschluss der primär-operativen Therapie.
wenn Feld 47 = 1			
48	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	☐ abschließende Bewertung 1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm bis < 2 mm 3 = >= 2 mm 8 = es liegen keine Angaben vor	- Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors (invasives Karzinom, DCIS) von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der Abstand derjenigen Komponente (invasiv oder intraduktal) anzugeben, der den minimalsten Abstand von den Resektionsrändern hat. - 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.
wenn Feld 47 = 1			
49	Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen	☐ an dieser Brust insgesamt für die Patientin 0 = keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt 1 = 1 2 = 2 3 = >= 3	Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation) — Es zählen alle Nachoperationen, die die Patientin im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust erhalten hat. Z. B. während eines vorübergehenden Aufenthalts in Ihrer oder in einer anderen Einrichtung. — Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten. — Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust. — Wenn der R0-Status mit der ersten Operation erreicht wurde, ist hier "keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt" anzugeben.
wenn Feld 49 IN (1;2;3)= 1			

50	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	☐ <u>0 = keine Nachoperation</u> 1 = R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation 2 = 2 Nachoperationen 3 = >= 3 Nachoperationen	Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation). • Es zählen nur Nachoperationen, die in Ihrer Einrichtung erfolgt sind im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust. • Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten. • Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust. <u>R0:</u> • Für DCIS gilt: R0 bedeutet: $\geq$ 2mm Abstand von Tumorzelle zum Resektionsrand • Für invasive Karzinome und Mischtumoren (inv. Karzinom/DCIS) gilt: R0 bedeutet: keine Tumorzelle am Resektionsrand
Art der erfolgten Therapie			
wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
51	brusterhaltende Therapie (BET)	☐ 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)	wenn Primärerkrankung oder wenn Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom 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			
52	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine axilläre Lymphknotenentfernung (ausgenommen alleinige SLNB) durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist. auch "ja, einzelne Lymphknoten", wenn im Rahmen einer SLNB einzelne zusätzliche, nicht markierte Lymphknoten entfernt wurden oder wenn ohne SLNB keine systematische Axilladisektion erfolgte. Die Entnahme mehrerer Lymphknoten im Rahmen der Sentinel-Lymphknotenentfernung ist nicht gleichbedeutend mit einer Axilladisektion. "ja, Axilladisektion", wenn eine systematische Axilladisektion erfolgte
53	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja	wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom 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.
Basis (B)			
Weiterer Behandlungsverlauf			

wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)			
54	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	☐ Tumorboard und Befunde 0 = nein 1 = ja	wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammachirurgie⁽¹⁾, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS⁽²⁾ und den von Wilson et al.⁽³⁾ formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen⁽¹⁾ bzw. dem Tumorboard^(2,3) vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards^(2,3). "ja", auch wenn die interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist. Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden.^(2,3) Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht ("Protokoll Tumorkonferenz"), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist.^(2,3) Wenn Antwort "ja": Zu den für die postoperative Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme, klinische Befunde und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiografie)⁽¹⁾ sowie Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, K-67-Status; pTNM-Klassifikation, Tumorgroße, Sicherheitsabstand, Resektionsrand, peritumorale Gefäßinvasion, Bezug zu klinischen, radiologischen Befunden, ggf. Angabe weiterer zusätzlicher Tumorherde (Multifokalität, Multizentrität) ⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutsche Krebshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.1. Stand: September 2018. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

			Medizinischen Fachgesellschaften]. 329f. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/03_2-045OLI_S3_Mammakarzinom_2018-09.pdf (abgerufen am: 20.09.2018) ⁽²⁾ DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2017): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 28.09.2017. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-l1_170928.docx. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html ⁽³⁾ Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. EJC - European Journal of Cancer 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.
Entlassung			
55	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.202~~21~~ bis zum 10.01.202~~21~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.202~~21~~ bis zum 20.01.202~~21~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.202~~21~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.202~~21~~
56	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.~~
57	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 4 "Entlassungsgrund"	-

		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "ICD-O-3 (Mammakarzinom)"	8010/3 = Karzinom o.n.A. 8010/6 = Karzinom, Metastase o.n.A. 8013/3 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom 8013/6 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase 8013/9 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8022/3 = Pleomorphes Karzinom 8022/6 = Pleomorphes Karzinom, Metastase 8022/9 = Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8032/3 = Spindelzellkarzinom o.n.A. 8035/3 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen 8035/6 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase 8035/9 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8041/3 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A. 8041/6 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase 8041/9 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8070/3 = Plattenepithelkarzinom o.n.A. 8070/6 = Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A. 8070/9 = Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8140/6 = 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 8504/3 = Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom 8507/2 = Intraduktales mikropapilläres Karzinom 8510/3 = Medulläres Karzinom o.n.A. 8510/6 = Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase 8510/9 = Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8520/2 = Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A. 8520/3 = Lobuläres Karzinom o.n.A. 8520/6 = Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase 8520/9 = Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8522/3 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom 8522/6 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase 8522/9 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8523/3 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen 8523/6 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase 8523/9 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8524/3 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen 8524/6 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase 8524/9 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8530/3 = Inflammatorisches Karzinom 8530/6 = Inflammatorisches Karzinom, Metastase 8530/9 = Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8540/3 = M. Paget der Brust 8541/3 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom 8541/6 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase 8541/9 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase 8543/3 = M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom 8550/3 = Azinuszellkarzinom 8550/6 = Azinuszellkarzinom, Metastase 8550/9 = Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8560/3 = Adenosquamöses Karzinom 8560/6 = Adenosquamöses Karzinom, Metastase 8560/9 = Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8571/3 = Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie 8572/3 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie 8572/6 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase 8572/9 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8574/3 = Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung 8575/3 = Metaplastisches Karzinom o.n.A. 8575/6 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase 8575/9 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder

	Metastase 8800/3 = Sarkom o.n.A. 8800/6 = Sarkom o.n.A., Metastase 8800/9 = Sarkomatose o.n.A. 8802/3 = Riesenzellsarkom 8830/3 = Malignes fibröses Histiozytom 8850/3 = Liposarkom o.n.A. 8850/6 = Liposarkom o.n.A., Metastase 8850/9 = Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8890/3 = Leiomyosarkom o.n.A. 8890/6 = Leiomyosarkom o.n.A., Metastase 8890/9 = Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8900/3 = Rhabdomyosarkom o.n.A. 8900/6 = Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase 8900/9 = Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 8982/3 = Malignes Myoepitheliom 8982/6 = Malignes Myoepitheliom, Metastase 8982/9 = Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 9020/1 = Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität 9020/3 = Maligner Phylloides-Tumor 9020/6 = Maligner Phylloides-Tumor, Metastase 9020/9 = Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 9120/3 = Hämangiosarkom 9120/6 = Hämangiosarkom, Metastase 9120/9 = Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 9180/3 = Osteosarkom o.n.A. 9180/6 = Osteosarkom o.n.A., Metastase 9180/9 = Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase 9590/3 = Malignes Lymphom o.n.A. 9680/3 = Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A. 9687/3 = Burkitt-Lymphom o.n.A. 9690/3 = Follikuläres Lymphom o.n.A. 9699/3 = Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.
Schlüssel 2 "Path. T-Stadium Mamma"	pT0 = pT0 pT1 = pT1 pT1a = pT1a pT1b = pT1b pT1c = pT1c pT1mic = pT1mic pT2 = pT2 pT3 = pT3 pT4a = pT4a pT4b = pT4b pT4c = pT4c pT4d = pT4d pTX = pTX pTis = pTis ypT0 = ypT0 ypT1 = ypT1 ypT1a = ypT1a ypT1b = ypT1b ypT1c = ypT1c ypT1mic = ypT1mic ypT2 = ypT2 ypT3 = ypT3 ypT4a = ypT4a ypT4b = ypT4b ypT4c = ypT4c ypT4d = ypT4d ypTX = ypTX ypTis = ypTis
Schlüssel 3 "Path. N-Stadium Mamma"	cN0 = cN0 pN0 = pN0 pN0(sn) = pN0(sn) pN1(sn) = pN1(sn) pN1a = pN1a pN1a(sn) = pN1a(sn) pN1b = pN1b pN1c = pN1c

	pN1mi = pN1mi pN1mi(sn) = pN1mi(sn) pN2a = pN2a pN2a(sn) = pN2a(sn) pN2b = pN2b pN3a = pN3a pN3b = pN3b pN3c = pN3c pNX = pNX ypN0 = ypN0 ypN0(sn) = ypN0(sn) ypN1(sn) = ypN1(sn) ypN1a = ypN1a ypN1a(sn) = ypN1a(sn) ypN1b = ypN1b ypN1c = ypN1c ypN1mi = ypN1mi ypN1mi(sn) = ypN1mi(sn) ypN2a = ypN2a ypN2a(sn) = ypN2a(sn) ypN2b = ypN2b ypN3a = ypN3a ypN3b = ypN3b ypN3c = ypN3c ypNX = ypNX
Schlüssel 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 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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

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 2021 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021' 2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.2021' 2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2022' 2023')

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 Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur 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 Schwerkettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerkettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multiples Myelom: In kompletter Remission
C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission

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

C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
D45	Polycythaemia vera
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekannten Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekannten 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 Ovariektomie: Restovariektomie: Sonstige
- 5-652.50 Ovariektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-652.51 Ovariektomie: Partiell: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-652.52 Ovariektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-652.53 Ovariektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-652.54 Ovariektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-652.55 Ovariektomie: Partiell: Vaginal
- 5-652.5x Ovariektomie: Partiell: Sonstige
- 5-652.60 Ovariektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-652.61 Ovariektomie: Total: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-652.62 Ovariektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-652.63 Ovariektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-652.64 Ovariektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-652.65 Ovariektomie: Total: Vaginal
- 5-652.6x Ovariektomie: Total: Sonstige
- 5-652.y Ovariektomie: N.n.bez.
- 5-653.20 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-653.21 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-653.22 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-653.23 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-653.24 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-653.25 Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Vaginal
- 5-653.2x Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Sonstige
- 5-653.30 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-653.31 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-653.32 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-653.33 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-653.34 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-653.35 Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Vaginal
- 5-653.3x Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (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 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.61 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.62 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.63 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.64 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.65 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Vaginal
- 5-657.6x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Sonstige
- 5-657.70 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.71 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.72 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.73 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.74 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.75 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Vaginal
- 5-657.7x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Sonstige
- 5-657.80 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.81 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.82 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.83 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.84 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.85 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Vaginal
- 5-657.8x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Sonstige
- 5-657.90 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.91 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.92 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-657.93 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-657.94 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-657.95 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Vaginal
- 5-657.9x Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Sonstige
- 5-657.x0 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-657.x1 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-657.x2 Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)

- 5-657.x3 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
- 5-683.6 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig
- 5-683.7 Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig
- 5-687.0 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Vordere
- 5-687.1 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Hintere
- 5-687.2 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Totale
- 5-687.30 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominal

- 5-687.31 Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominoperineal
- 5-687.3x Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Sonstige
- 5-687.y Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: N.n.bez.
- 5-689.x Andere Inzision und Exzision des Uterus: Sonstige
- 5-689.y Andere Inzision und Exzision des Uterus: N.n.bez.
- 5-744.00 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.01 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.02 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.03 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.04 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.05 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Vaginal
- 5-744.0x Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie: Sonstige
- 5-744.10 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.11 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.12 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.13 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.14 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.15 Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal
- 5-744.1x Operationen bei Extrauterin gravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Sonstige
- 5-744.20 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.21 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.22 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.23 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.24 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.25 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal
- 5-744.2x Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie: Sonstige
- 5-744.30 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.31 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.32 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.33 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.34 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.35 Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal
- 5-744.3x Operationen bei Extrauterin gravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Sonstige
- 5-744.40 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)
- 5-744.41 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert
- 5-744.42 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)
- 5-744.43 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
- 5-744.44 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
- 5-744.45 Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal
- 5-744.4x Operationen bei Extrauterin gravidität: Totale Salpingektomie: Sonstige

Prozedur(en) der Tabelle GYN_OPS_EX

OPS-Kode Titel

- 5-740.0 Klassische Sectio caesarea: Primär
- 5-740.1 Klassische Sectio caesarea: Sekundär
- 5-740.y Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
- 5-741.0 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
- 5-741.1 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
- 5-741.2 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
- 5-741.3 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
- 5-741.4 Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision

5-741.5	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
5-741.x	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
5-741.y	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
5-742.0	Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
5-742.1	Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
5-742.y	Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio
5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
5-749.x	Andere Sectio caesarea: Sonstige
5-749.y	Andere Sectio caesarea: N.n.bez.

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Gynäkologische Operationen (15/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
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 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 vorgelegt werden.
2	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
4	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.

327

	Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
11	Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus	☐ Angabe nur in Hessen 1 = ja	-
12	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ 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	-
13	Voroperation im OP-Gebiet	☐ 0 = nein 1 = ja	Hiermit sind Voroperationen im kleinen Becken gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind.
Prophylaxe			
14	perioperative Antibiotikaprophylaxe	☐ Angabe nur in Hessen 0 = nein 1 = ja	-
Operation			
15	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
16	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	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, Ovar, Niere etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Code 5-653.30 (Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch

			(abdominal)) als Einschlussprozedur für den Datensatz Gynäkologische Operationen ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-653.30:R, 5-653.30:L oder 5-653.30:B. Die Dokumentation des Codes 5-653.30 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.
Wenn (Salpingo-)Ovariectomie unter Operation (OPS) kodiert 5-652.4**, 5-652.6**, 5-652.y, 5-653.2*, 5-653.3**, 5-653.y, 5-683.1**			
17	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?	☐ 0 = nein 1 = ja	Wenn beide Ovarien vollständig entfernt wurden, ist "nein" anzugeben.
Komplikationen			
18	intraoperative Komplikationen	☐ durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja	"Ja" ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde. "Nein" ist anzugeben, wenn 1 die intraoperative Komplikation nicht 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. Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten • wenn die Patientin intraoperativ zu klinischem Schaden kommt, der intraoperativ oder postoperativ nach Stunden bzw. wenigen Tagen erkannt bzw. symptomatisch wird und eine Behandlung notwendig ist. Z.B.: - o alle Verletzungen, die noch während der QS-pflichtigen Operation auftreten oder einen Re-Eingriff (bzw. Re-Operation oder Re-Intervention) zur Komplikationsbehandlung notwendig machen

			o alle Verletzungen, die eine Wiederaufnahme zur Re-Operation oder Verlegung (Komplikationsbehandlung) begründen NICHT anzugeben als intraoperative Komplikationen sind - geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen - im weiteren Verlauf (Wochen/Monaten) vorgenommene Operationen, deren Indikation zwar kausal mit der QS-pflichtigen Operation zusammenhängt, deren Symptome sich aber erst im weiteren Verlauf zeigen (z.B. Trokarhernien, Narbenkeloid, Wundinfektion)
wenn Feld 18 = 1			
19.1	Blase	☐ 1 = ja	-
19.2	Harnleiter	☐ 1 = ja	-
19.3	Urethra	☐ 1 = ja	-
19.4	Darm	☐ 1 = ja	-
19.5	Uterus	☐ 1 = ja	-
19.6	Gefäß-/Nervenläsion	☐ 1 = ja	-
19.7	Lagerungsschaden	☐ 1 = ja	-
19.8	andere Organverletzungen	☐ 1 = ja	-
19.9	andere intraoperative Komplikationen	☐ 1 = ja	-
Histologie			
20	postoperative Histologie	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 20 = 1			
21	führender Befund	☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Histologie"	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. - Eine Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste (Schlüsselwert 02) ist eine nicht pathologische, zyklusabhängige Veränderung des normalen Ovars, bei der eine Therapie i. d. R. meist nicht indiziert ist. Benigne Befunde: Histologieveränderungen sind mit den Schlüsselwerten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 20, 30, 70, 71 oder 80 zu dokumentieren. Sonstige Veränderungen mit potentieller Malignität sind mit dem Schlüsselwert 10 = "Adnexe: Borderline- Veränderungen" oder Schlüsselwert 21 = "Cervix uteri: Dysplasie" anzugeben. - Metastasen und lokale Infiltration der Adnexe, der Cervix uteri, des Corpus uteri oder der Vagina/Vulva durch andere Primärtumoren sind mit "11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome ", "29 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind ", "39 = Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind ", "79 = Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind" zu dokumentieren. - Die Schlüsselwerte 19, 29, 39, 79, 81 sind unspezifische Codes. Sie können sowohl für benigne als auch maligne Veränderungen verwendet werden, die sich durch Auswahl der spezifischen Schlüsselwerte nicht abbilden lassen. Nur bei malignen Befunden besteht eine Dokumentationspflicht hinsichtlich der Tumorformel.
wenn führender Befund maligne			
22	pT	 siehe Schlüssel 2 "pT pathologische Klassifikation: primärer Tumor (pTNM)"	-
23	pN	 0 = 0 1 = 1 X = X	-
24	M	 0 = keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen 9 = Staging wurde nicht durchgeführt	Die Kategorie MX wurde in der 7. Auflage der TNM-Klassifikation nach UICC 2010 (p. 10) gestrichen. Begründung: Die Kategorie MX wird als unzureichend angesehen, da für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation die klinische Untersuchung ausreichend ist (die Verwendung von MX kann zum Ausschluss vom Staging führen).

25	G	☐ 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
Blasenentleerung			
26	assistierte Blasenentleerung	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 26 = 1			
27.1	wiederholte Einmalkatheterisierung	☐ 1 = ja	-
27.2	transurethraler Dauerkatheter	☐ 1 = ja	-
27.3	suprapubischer Dauerkatheter	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 26 = 1			
28	Dauer der assistierten Blasenentleerung	☐ 1 = ≤ 12 Stunden 2 = > 12 Stunden und ≤ 24 Stunden 3 = > 24 Stunden und ≤ 36 Stunden 4 = > 36 Stunden und ≤ 48 Stunden 5 = > 48 Stunden	-
Basis (B)			
Entlassung			
29	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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 05.01.2022 ~~1~~ bis zum 10.01.2022 ~~1~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 ~~1~~ bis zum 20.01.2022 ~~1~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022 ~~1~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022 ~~1~~
30	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.

		5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen 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 2023 ~~2~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 ~~1~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.202 ~~2~~ aufgenommen worden ist.
31	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 3 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Histologie"	01 = Adnexe: Normalbefund 02 = Adnexe: Follikel- oder Corpus-luteum-Zyste 03 = Adnexe: seröses oder mucinöses Zystadenom (z.B. Kystom, seröse Zyste) 04 = Adnexe: Dermoid (z.B. benignes Teratom) 05 = Adnexe: Endometriose 06 = Adnexe: andere benigne Befunde (z.B. Fibrom, Thekom, Theko-/Zystadenofibrom, Hydatide) 07 = Adnexe: Entzündung 08 = Adnexe: Extrauterin gravidität 09 = Adnexe: Stieldrehung 10 = Adnexe: Borderline-Veränderungen 11 = Adnexe: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive und Metastasen anderer Malignome 19 = Adnexe: Veränderungen an den Adnexen, die in den Schlüsselwerten 01 - 11 nicht erfasst sind 20 = Cervix uteri: Ektopie 21 = Cervix uteri: Dysplasie 22 = Cervix uteri: Carcinoma in situ 23 = Cervix uteri: invasives Karzinom Ia 24 = Cervix uteri: invasives Karzinom > Ia 28 = Cervix uteri: histologisch Normalbefund 29 = Cervix uteri: Veränderungen der Cervix uteri, die in den Schlüsselwerten 20 - 24 nicht erfasst sind 30 = Corpus uteri: Myom 31 = Corpus uteri: primäre maligne Neoplasien einschließlich deren Rezidive 38 = Corpus uteri: histologisch Normalbefund 39 = Corpus uteri: Veränderungen des Corpus uteri, die in den Schlüsselwerten 30 und 31 nicht erfasst sind 70 = Vagina/Vulva: entzündliche Veränderung 71 = Vagina/Vulva: benigne Neoplasien 72 = Vagina/Vulva: maligne Neoplasien 78 = Vagina/Vulva: histologisch Normalbefund 79 = Vagina/Vulva: Veränderungen der Vagina/Vulva, die in den Schlüsselwerten 70 - 72 nicht erfasst sind

	80 = Endometriose anderer Lokalisationen 81 = Sonstige histologische Befunde anderer Lokalisationen
Schlüssel 2 "pT pathologische Klassifikation: primärer Tumor (pTNM)"	~~0 = 0~~ ~~1 = 1~~ ~~1a = 1a~~ ~~1a1 = 1a1~~ ~~1a2 = 1a2~~ ~~1b = 1b~~ ~~1b1 = 1b1~~ ~~1b2 = 1b2~~ ~~1c = 1c~~ ~~1c1 = 1c1~~ ~~1c2 = 1c2~~ ~~1c3 = 1c3~~ ~~2 = 2~~ ~~2a = 2a~~ ~~2b = 2b~~ ~~2c = 2c~~ ~~3 = 3~~ ~~3a = 3a~~ ~~3b = 3b~~ ~~3c = 3c~~ ~~4 = 4~~ ~~X = X~~ ~~is = is~~
Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Dekubitusprophylaxe (DEK)

Textdefinition

Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) bei Patienten ab 20 Jahren [und bis 120 Jahre](#)

Algorithmus

Algorithmus als Formel

DIAG EINSIN DEK_ICD UND ALTER >= 20 [und <= 120](#)

Algorithmus in Textform

Eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle DEK_ICD
und
Alter am Aufnahmetag >= 20 [und <= 120](#)

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 [2021](#)
[2022](#) und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar [2023-2024](#)

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.[2021](#)'-[2022](#)' UND AUFNDATUM <= '31.12.[2021](#)'-[2022](#)' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.[2022](#)'-[2023](#)')

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

Anwenderinformation Risikostatistik

zum Datensatz Dekubitusprophylaxe (DEK)

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2020 2021 oder im Jahr 2021-2022 und das Entlassungsdatum liegt im Jahr 2021-2022 und das Alter des Patienten ist ≥ 20 und ≤ 120 Jahre

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM $\geq$ '01.01.2020-2021' UND AUFNDATUM $\leq$ '31.12.2021-2022' UND ENTLDATUM $\geq$ '01.01.2021-2022' UND ENTLDATUM $\leq$ '31.12.2021-2022' UND ALTER ≥ 20 und ≤ 120

Datensatzbeschreibung Risikostatistik

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

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

Ein- und Ausschlusslisten

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

Diagnose(n) der Tabelle DEK2_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle DEK3_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle DEK4_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle DEK2_ICD_EX

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

Diagnose(n) der Tabelle DEK3_ICD_EX

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

Diagnose(n) der Tabelle DEKnnb_ICD

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

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

Diagnose(n) der Tabelle DIABETES_ICD

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

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

Diagnose(n) der Tabelle MOBIL_ICD

ICD-Kode	Titel
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G81.0	Schlaaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G82.00	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.01	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.02	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.09	Schlaaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.30	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet

- G82.50 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
- G82.51 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
- G82.52 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
- G82.53 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
- G82.59 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
- G82.60 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
- G82.61 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
- G82.62 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
- G82.63 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T1-T6
- G82.64 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T7-T10
- G82.65 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T11-L1
- G82.66 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1
- G82.67 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5
- G82.69 Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
- G83.0 Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
- G83.1 Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
- G83.2 Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
- G83.3 Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
- G83.40 Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
- G83.41 Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
- G83.49 Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet
- G83.5 Locked-in-Syndrom
- G83.6 Zentrale faziale Parese
- G83.8 Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
- G83.9 Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet
- M24.50 Gelenkkontraktur: Mehrere Lokalisationen
- M24.51 Gelenkkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M24.52 Gelenkkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M24.53 Gelenkkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M24.54 Gelenkkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M24.55 Gelenkkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M24.56 Gelenkkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M24.57 Gelenkkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M24.58 Gelenkkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M24.59 Gelenkkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.00 Muskeldiastase: Mehrere Lokalisationen
- M62.01 Muskeldiastase: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.02 Muskeldiastase: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.03 Muskeldiastase: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.04 Muskeldiastase: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.05 Muskeldiastase: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.06 Muskeldiastase: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.07 Muskeldiastase: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.08 Muskeldiastase: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.09 Muskeldiastase: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.10 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen
- M62.11 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.12 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.13 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.14 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.15 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.16 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.17 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.18 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.19 Sonstiger Muskelriss (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.20 Ischämischer Muskelinfarkt (nichttraumatisch): Mehrere Lokalisationen

- M62.21 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.22 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.23 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.24 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.25 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.26 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.27 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.28 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.29 Ischämischer Muskelfarkt (nichttraumatisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.30 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Mehrere Lokalisationen
- M62.31 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.32 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.33 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.34 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.35 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.36 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.37 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.38 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.39 Immobilitätssyndrom (paraplegisch): Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.40 Muskelkontraktur: Mehrere Lokalisationen
- M62.41 Muskelkontraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.42 Muskelkontraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.43 Muskelkontraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.44 Muskelkontraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.45 Muskelkontraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.46 Muskelkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.47 Muskelkontraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.48 Muskelkontraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.49 Muskelkontraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.50 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen
- M62.51 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.52 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.53 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.54 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.55 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.56 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.57 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.58 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.59 Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.60 Muskelzerrung: Mehrere Lokalisationen
- M62.61 Muskelzerrung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.62 Muskelzerrung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.63 Muskelzerrung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.64 Muskelzerrung: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.65 Muskelzerrung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.66 Muskelzerrung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.67 Muskelzerrung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.68 Muskelzerrung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.69 Muskelzerrung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.80 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Mehrere Lokalisationen

- M62.81 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.82 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.83 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.84 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.85 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.86 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.87 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.88 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.89 Sonstige näher bezeichnete Muskelkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M62.90 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M62.91 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M62.92 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M62.93 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M62.94 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M62.95 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M62.96 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M62.97 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M62.98 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M62.99 Muskelkrankheit, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- R26.3 Immobilität
- R40.0 Somnolenz
- R40.1 Sopor
- R40.2 Koma, nicht näher bezeichnet
- R46.0 Stark vernachlässigte Körperpflege
- R46.1 Besonders auffälliges äußeres Erscheinungsbild
- R46.2 Seltsames und unerklärliches Verhalten
- R46.3 Hyperaktivität
- R46.4 Verlangsamung und herabgesetztes Reaktionsvermögen
- R46.5 Misstrauen oder ausweichendes Verhalten
- R46.6 Unangemessene Betroffenheit und Beschäftigung mit Stressereignissen
- R46.7 Wortschwall oder umständliche Detailschilderung, die die Gründe für eine Konsultation oder Inanspruchnahme verschleiern
- R46.8 Sonstige Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen
- S14.0 Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
- S14.10 Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
- S14.11 Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
- S14.12 Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
- S14.13 Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
- S14.2 Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule
- S14.3 Verletzung des Plexus brachialis
- S14.4 Verletzung peripherer Nerven des Halses
- S14.5 Verletzung zervikaler sympathischer Nerven
- S14.6 Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses
- S14.70 Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
- S14.71 Verletzung des Rückenmarkes: C1
- S14.72 Verletzung des Rückenmarkes: C2
- S14.73 Verletzung des Rückenmarkes: C3
- S14.74 Verletzung des Rückenmarkes: C4
- S14.75 Verletzung des Rückenmarkes: C5
- S14.76 Verletzung des Rückenmarkes: C6
- S14.77 Verletzung des Rückenmarkes: C7
- S14.78 Verletzung des Rückenmarkes: C8
- S24.0 Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes
- S24.10 Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
- S24.11 Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
- S24.12 Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes

S24.2	Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule
S24.3	Verletzung peripherer Nerven des Thorax
S24.4	Verletzung thorakaler sympathischer Nerven
S24.5	Verletzung sonstiger Nerven des Thorax
S24.6	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax
S24.70	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S24.71	Verletzung des Rückenmarkes: T1
S24.72	Verletzung des Rückenmarkes: T2/T3
S24.73	Verletzung des Rückenmarkes: T4/T5
S24.74	Verletzung des Rückenmarkes: T6/T7
S24.75	Verletzung des Rückenmarkes: T8/T9
S24.76	Verletzung des Rückenmarkes: T10/T11
S24.77	Verletzung des Rückenmarkes: T12
Z74.0	Probleme mit Bezug auf: Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität
Z99.3	Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl

Diagnose(n) der Tabelle INFEKTION_ICD

ICD-Kode	Titel
A40.0	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2	Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken
A40.3	Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8	Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9	Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet
A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2	Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3	Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4	Sepsis durch Anaerobier
A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]
A41.52	Sepsis: Pseudomonas
A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger
A41.8	Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet
J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
J15.2	Pneumonie durch Staphylokokken
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken
J15.5	Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6	Pneumonie durch andere gramnegative Bakterien
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J15.8	Sonstige bakterielle Pneumonie
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger
J17.0	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten
J17.1	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten
J17.2	Pneumonie bei Mykosen
J17.3	Pneumonie bei parasitären Krankheiten
J17.8	Pneumonie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes
J69.1	Pneumonie durch Öle und Extrakte
J69.8	Pneumonie durch sonstige feste und flüssige Substanzen
M72.60	Nekrotisierende Faszitis: Mehrere Lokalisationen

- M72.61 Nekrotisierende Faszitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M72.62 Nekrotisierende Faszitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M72.63 Nekrotisierende Faszitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M72.64 Nekrotisierende Faszitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M72.65 Nekrotisierende Faszitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M72.66 Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M72.67 Nekrotisierende Faszitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M72.68 Nekrotisierende Faszitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M72.69 Nekrotisierende Faszitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.00 Akute hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.01 Akute hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.02 Akute hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.03 Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.04 Akute hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.05 Akute hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.06 Akute hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.07 Akute hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.08 Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.09 Akute hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.10 Sonstige akute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.11 Sonstige akute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.12 Sonstige akute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.13 Sonstige akute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.14 Sonstige akute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.15 Sonstige akute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.17 Sonstige akute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.18 Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.19 Sonstige akute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.20 Subakute Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.21 Subakute Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.22 Subakute Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.23 Subakute Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.24 Subakute Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.25 Subakute Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.26 Subakute Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.27 Subakute Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.28 Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.29 Subakute Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.30 Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.31 Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.32 Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.33 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.34 Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.35 Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.36 Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.37 Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.38 Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.39 Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

- M86.40 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Mehrere Lokalisationen
- M86.41 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.42 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.43 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.44 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.45 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.46 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.47 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.48 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.49 Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.50 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.51 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.52 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.53 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.54 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.55 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.56 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.57 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.58 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.59 Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.60 Sonstige chronische Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.61 Sonstige chronische Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.62 Sonstige chronische Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.63 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.64 Sonstige chronische Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.65 Sonstige chronische Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.66 Sonstige chronische Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.67 Sonstige chronische Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.68 Sonstige chronische Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.69 Sonstige chronische Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.80 Sonstige Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen
- M86.81 Sonstige Osteomyelitis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.82 Sonstige Osteomyelitis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.83 Sonstige Osteomyelitis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.84 Sonstige Osteomyelitis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.85 Sonstige Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.86 Sonstige Osteomyelitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.87 Sonstige Osteomyelitis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M86.88 Sonstige Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M86.89 Sonstige Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M86.90 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
- M86.91 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M86.92 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M86.93 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M86.94 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M86.95 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M86.96 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M86.97 Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

M86.98	Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M86.99	Osteomyelitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
R57.2	Septischer Schock
R65.0	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese ohne Organkomplikationen
R65.1	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen
R65.2	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen
R65.3	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] nichtinfektiöser Genese mit Organkomplikationen
R65.9	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS], nicht näher bezeichnet

Diagnose(n) der Tabelle DEMENZ_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle UNTERGEWICHT_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle INKONTINENZ_ICD

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

R32

Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz

Diagnose(n) der Tabelle ADIPOSITAS_ICD

ICD-Kode Titel

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

Diagnose(n) der Tabelle SONSTERKRANKUNG_ICD

ICD-Kode Titel

B37.1	Kandidose der Lunge
B37.7	Candida-Sepsis
D50.0	Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)
D50.1	Sideropenische Dysphagie
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet
D51.0	Vitamin-B12-Mangelanämie durch Mangel an Intrinsic-Faktor
D51.1	Vitamin-B12-Mangelanämie durch selektive Vitamin-B12-Malabsorption mit Proteinurie
D51.2	Transcobalamin-II-Mangel (-Anämie)
D51.3	Sonstige alimentäre Vitamin-B12-Mangelanämie
D51.8	Sonstige Vitamin-B12-Mangelanämien
D51.9	Vitamin-B12-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D52.0	Alimentäre Folsäure-Mangelanämie
D52.1	Arzneimittelinduzierte Folsäure-Mangelanämie
D52.8	Sonstige Folsäure-Mangelanämien
D52.9	Folsäure-Mangelanämie, nicht näher bezeichnet
D53.0	Eiweißmangelanämie
D53.1	Sonstige megaloblastäre Anämien, anderenorts nicht klassifiziert
D53.2	Skorbutanämie
D53.8	Sonstige näher bezeichnete alimentäre Anämien
D53.9	Alimentäre Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D62	Akute Blutungsanämie
D63.0	Anämie bei Neubildungen
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.0	Hereditäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)
D64.2	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie durch Arzneimittel oder Toxine
D64.3	Sonstige sideroachrestische [sideroblastische] Anämien
D64.4	Kongenitale dyserythropoetische Anämie
D64.8	Sonstige näher bezeichnete Anämien
D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet
D72.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten
G63.2	Diabetische Polyneuropathie
K70.0	Alkoholische Fettleber
K70.1	Alkoholische Hepatitis
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen

- K70.9 Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet
- K72.0 Akutes und subakutes Leberversagen
- K72.1 Chronisches Leberversagen
- K72.71 Hepatische Enzephalopathie Grad 1
- K72.72 Hepatische Enzephalopathie Grad 2
- K72.73 Hepatische Enzephalopathie Grad 3
- K72.74 Hepatische Enzephalopathie Grad 4
- K72.79 Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet
- K72.9 Leberversagen, nicht näher bezeichnet
- K74.0 Leberfibrose
- K74.1 Lebersklerose
- K74.2 Leberfibrose mit Lebersklerose
- K74.3 Primäre biliäre Zirrhose
- K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose
- K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
- K74.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
- N17.01 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 1
- N17.02 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 2
- N17.03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium 3
- N17.09 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
- N17.11 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 1
- N17.12 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 2
- N17.13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium 3
- N17.19 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
- N17.21 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 1
- N17.22 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 2
- N17.23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium 3
- N17.29 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose: Stadium nicht näher bezeichnet
- N17.81 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 1
- N17.82 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 2
- N17.83 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium 3
- N17.89 Sonstiges akutes Nierenversagen: Stadium nicht näher bezeichnet
- N17.91 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1
- N17.92 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 2
- N17.93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3
- N17.99 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet
- N18.4 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
- N18.5 Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
- N99.0 Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen
- R18 Aszites
- R34 Anurie und Oligurie
- R60.0 Umschriebenes Ödem
- R60.1 Generalisiertes Ödem
- R60.9 Ödem, nicht näher bezeichnet
- R77.0 Veränderungen der Albumine
- U69.01 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt
- U69.02 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- U69.03 Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung
- Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Dekubitusprophylaxe (DEK)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. 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.
2	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	Betriebsstätten-Nummer	 Gültige Angabe: >= 1	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. 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.
4	Fachabteilung		Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Krankenhauses übernommen werden.

		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Hier wird die aufnehmende Abteilung aus den Routinedaten generiert.
5	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
7	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der DRG- Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS- Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. ~~2021~~ 2022 bis zum 10.01. ~~2021~~ 2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ 2022 bis zum 20.01. ~~2021~~ 2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ 2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ 2022
9	Aufnahmegrund	☐ ☐ 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.

10	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.<u>2021-2022</u> bis zum 10.01.<u>2021-2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<u>2021-2022</u> bis zum 20.01.<u>2021-2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<u>2021-2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<u>2021-2022</u>.
11	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Dekubitus (DEK)			
Dekubitus			
12	Wievielter Dekubitus?	□□ 1 ... 99 Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Diese Information soll automatisch eingetragen werden. Hier sind alle Dekubitusulcera ab einem Grad/Kategorie 2 zu kodieren. Es handelt sich bei dieser Angabe um eine laufende Nummer ab Dekubitus Grad/Kategorie 2. Sie soll nicht den chronologischen Ablauf der Dekubitusulcera abbilden, sondern ist für das Anlegen von Teildatensätzen notwendig.
13	Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus	□□□.□□ 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. L89.3- 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.- mit gezählt, handelt es sich um die sechste Stelle. 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 Die Seitenlokalisierung ist dem Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung für den L89.- zu entnehmen und ist im nachfolgenden Datenfeld "Seitenlokalisierung" zu kodieren.
14	Seitenlokalisierung	☐ B = beidseitig K = keine Seitenlokalisierung angegeben L = links R = rechts	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. An dieser Stelle ist die Seitenlokalisierung des unter Datenfeld "Gradeinteilung und Lokalisation des Dekubitus" angegebenen Dekubitus zu kodieren. Das Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung bezeichnet die Seitenlokalisierung nach Format § 301-Vereinbarung. 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.
15	War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")	☐ bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad 0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus	Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Aufnahme ein Dekubitus (an dieser Stelle, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag. Hinweise:

		nicht vorhanden 1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden 9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation	- 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. - Wird ein Patient mit einem Dekubitus aufgenommen, der während des stationären Aufenthaltes plastisch gedeckt werden soll, so ist in diesem Datenfeld "ja" zu dokumentieren. - Bei Wiederaufnahmen mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das erste Aufnahmedatum. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 10.1. ~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.1. ~~2021~~ <u>2022</u> Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> vorlag.
16	War der Dekubitus bei der Entlassung vorhanden? ("Present on Discharge")	☐ 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	Für den hier angegebenen Dekubitus ist zu dokumentieren, ob bei Entlassung ein Dekubitus (an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad/der Kategorie des Dekubitus) vorlag. Hinweise: - 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. - Wurde während des stationären Aufenthaltes eine plastische Deckung des Dekubitus vorgenommen, sodass der Dekubitus bei Entlassung nicht mehr vorhanden ist, so ist in diesem Datenfeld "Nein" zu dokumentieren. - Bei Wiederaufnahme mit Fallzusammenführung bezieht sich diese Angabe auf den zusammengeführten Fall, d.h. auf das letzte Entlassungsdatum.

			Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Es ist anzugeben, ob der zu dokumentierende Dekubitus am 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> vorlag.
Basis (B)			
Risikofaktoren			
17	Diabetes Mellitus Typ 1 oder 2	☐ gemäß ICD-10-GM: E10.-, E11.- 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: E10.- "Diabetes mellitus, Typ 1" E11.- "Diabetes mellitus, Typ 2"
18	sonstiger Diabetes Mellitus	☐ gemäß ICD-10-GM: E13.- 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt: : E13.- "Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus"
19	eingeschränkte Mobilität	☐ 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	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: G20.- "Primäres Parkinson-Syndrom" G81.- "Hemiparese und Hemiplegie" G82.- "Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie" G83.- "Sonstige Lähmungssyndrome" M24.5 "Gelenkkontraktur" M62.- "Sonstige Muskelkrankheiten" R26.3 "Immobilität" R40.- "Somnolenz, Sopor und Koma"

			R46.- "Symptome, die das äußere Erscheinungsbild und das Verhalten betreffen" S14.- "Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe" S24.- "Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe" Z74.0 "Hilfsbedürftigkeit wegen eingeschränkter Mobilität" Z99.3 "Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl"
20	Infektion	☐ 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 Routinedaten (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	☐ 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 Routinedaten (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	☐ 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 Routinedaten (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	☐ gemäß ICD-10-GM: E41.-, E43.-, E44.-, E46.-, R64 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: E41.- "Alimentärer Marasmus" E43.- "Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung" E44.- "Energie- und Eiweißmangelernährung mäßigen und leichten Grades" E46.- "Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung" R64 "Kachexie"
24	Adipositas	☐ gemäß ICD-10-GM: E66.02, E66.12, E66.22, E66.82, E66.92 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn folgender Code nach ICD-10-GM vorliegt: "Adipositas" mit "Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr"
25	weitere schwere Erkrankungen	☐ gemäß ICD-10-GM: B37.1, B37.7, D50.-, D51.-, D52.-, D53.-, D61.-, D62.-, D63.-, D64.-, D72.8, G63.2, K70.-, K72.-, K74.-, N17.-, N18.4, N18.5, N99.0, R18, R34, R60.-, R77.0, U69.01, U69.02, U69.03, Z99.2 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten (stationäre Abrechnungsdaten) generiert, wenn mindestens einer der folgenden Codes nach ICD-10-GM vorliegt: B37.1 "Kandidose der Lunge" B37.7 "Candida-Sepsis"

			D50.- "Eisenmangelanämie" D51.- "Vitamin-B12-Mangelanämie" D52.- "Folsäure-Mangelanämie" D53.- "Sonstige alimentäre Anämien" D61.- "Sonstige aplastische Anämien" D62.- "Akute Blutungsanämie" D63.-* "Anämie bei chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten" D64.- "Sonstige Anämien" D72.8 "Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Leukozyten" G63.2* "Diabetische Polyneuropathie" K70.- "Alkoholische Leberkrankheit" K72.- "Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert" K74.- "Fibrose und Zirrhose der Leber" N17.- "Akutes Nierenversagen" N18.4 "Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4" N18.5 "Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5" N99.0 "Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen" R18 "Aszites" R34 "Anurie und Oligurie" R60.- "Ödem, anderenorts nicht klassifiziert" R77.0 "Veränderungen der Albumine" U69.01 "Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die mehr als 48 Stunden nach Aufnahme auftritt" U69.02 "Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, bis zu 28 Tage zurückliegender Hospitalisierung" U69.03 "Anderenorts klassifizierte, im Krankenhaus erworbene Pneumonie, die entweder bei Aufnahme besteht oder innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme auftritt, bei bekannter, 29 bis zu 90 Tage zurückliegender Hospitalisierung"

			Z99.2 "Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz"
26	Dauer der Beatmung	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Hier wird die Anzahl der Beatmungsstunden aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses abgeleitet.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der

			gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver Schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher

			Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum		-
12	Geschlecht	 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13.1	Körpergröße	 Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
13.2	Körpergröße unbekannt	 1 = ja	-
14.1	Körpergewicht bei Aufnahme	 Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
14.2	Körpergewicht unbekannt	 1 = ja	-
15	Aufnahmedatum Krankenhaus		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.~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~ <u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~ <u>2022</u>.
Präoperative Anamnese/Klinik			
16	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: "ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]"
17	führendes Symptom	☐ 0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = synkopenbedingte Verletzung	das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom

		5 = Herzinsuffizienz 8 = Symptome einer Vorhoffröpfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom 9 = asymptomatisch unter externer Stimulation 99 = sonstiges	
18	Herzinsuffizienz	☐ NYHA-Klasse unmittelbar vor Implantation 0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	-
19	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	☐ ☐ 1 = AV-Block I, II oder III 5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie) 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P) 99 = sonstiges	Ist die führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ein AV-Block nach einer geplanten oder durchgeführten Ablation des AV-Knotens bzw. des HIS-Bündels, ist hier AV-Block als führende Indikation zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn der Schrittmacher noch vor der Ablation implantiert wird. Ein AV-Block I. Grades als führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ist eine rein hämodynamische Indikation zur Stimulation bei langer PQ-Zeit und Symptomen, die einem Schrittmachersyndrom ähneln (wie Symptome einer Vorhoffröpfung). Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ ist nicht unter "Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern" sondern unter "Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren. "Kardiale Resynchronisationstherapie" ist anzugeben bei Patientinnen und Patienten mit CRT-P-Implantation, • die keine Bradykardie und somit keine konventionelle Schrittmacherindikation aufweisen • oder bei denen ein Upgrade von einem konventionellen Schrittmachersystem auf ein CRT-P-System durchgeführt wird. Handelt es sich um eine De-novo-Implantation des CRT-P-Systems bei vorhandener bradykarder Rhythmusstörung ist die zugrundeliegende Rhythmusstörung bzw. Erkrankung (= primäre Schrittmacherindikation) anzugeben.
20	Ätiologie	☐	Zu den Schlüsseln "Zustand nach herzchirurgischem Eingriff" und

		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	"Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)": Hierbei sind auch Operationen zu berücksichtigen, die unmittelbar vor der Schrittmacher-Implantation stattfanden (ggf. während desselben stationären Aufenthalts). Ablation bei Vorhofflimmern ist unter "sonstige Ablationsbehandlung" zu dokumentieren. Unter sonstiges sind - da nicht leitlinienrelevant - u. a. zu verstehen: • kardiomyopathisch (entzündlich, chronisch, akut) • arteriosklerotisch • systemerkrankungsbedingt • toxisch • degenerativ
wenn Feld 19 IN (1;6)			
21	Persistenz der Bradykardie	☐ 1 = persistierend 2 = intermittierend 3 = keine Bradykardie	-
wenn Feld 19 = 10			
22	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	☐ 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
23	Diabetes mellitus	☐ 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
24	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	☐ 1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig 8 = unbekannt	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum- Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem Serum-Kreatininwert von > 1,5 mg/dl bzw 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf

			zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.
Präoperative Diagnostik			
Indikationsbegründende EKG-Befunde			
25	Vorhofrhythmus	☐ 1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	(1) gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung <u>Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4):</u> Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt. Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhofrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
26	AV-Block	☐ 0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung ≤ 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.
27	intraventrikuläre Leitungsstörungen	☐ 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	-
wenn Feld 27 <> 6			
28	QRS-Komplex	☐ 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = ≥ 150 ms	-
wenn Feld 19 IN (6;8;9)			
29	Pausen außerhalb von Schlafphasen	☐ 0 = keine Pause 1 = ≤ 3 s	Die Information über die Pausen stammt oft aus dem Langzeit-EKG, die Pausen können auch aus dem Ruhe-EKG stammen, selten aus einer Monitorüberwachung im Krankenhaus.

		2 = > 3 s bis <= 6 s 3 = > 6 s 4 = nicht bekannt	
wenn Feld 19 IN (6;9)			
30	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	☐ 0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	-
wenn Feld 19 = 6 und wenn Feld 21 = 1			
31	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen	☐ 1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = >= 50/min 4 = nicht bekannt	Die Spontanfrequenz kann dem Ruhe-EKG oder der Monitorfrequenz bei Op entnommen werden. Ein Langzeit-EKG ist nicht gefordert.
Linksventrikuläre Funktion			
32.1	Ejektionsfraktion	☐ ☐ ☐ EF Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
32.2	EF nicht bekannt	☐ 1 = ja	-
Zusätzliche Kriterien			
wenn Feld 19 IN (1;5;7)			
33	AV-Knotendiagnostik	☐ 0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	Falls mehrere der unter den Schlüsseln 1 bis 3 aufgeführten Befunde vorliegen, ist der wichtigste/für die Indikation entscheidende Befund zu dokumentieren.
wenn Feld 19 IN (8;9)			
34	neurokardiogene Diagnostik	☐ 0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 6 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	-
wenn Feld 19 = 6			
35	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	☐ 0 = nein 1 = ja	nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung
wenn Feld 19 IN (9;10)			
36	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	☐ 0 = nein 1 = ja	z.B. Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation
Operation			
37	OP-Datum	. .	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement

			Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
38	Operation	1. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 2. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 3. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 4. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 5. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 6. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 7. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 8. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 9. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 10. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr ~~2022~~ <u>2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021~~ <u>2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2021~~ <u>2022</u> aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			
39.1	Vena cephalica	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.2	Vena subclavia	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.3	andere	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
Weitere Angaben zur Operation			
40	Dauer des Eingriffs	☐ ☐ ☐ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
41.1	Dosis-Flächen-Produkt	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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.
41.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.
41.3	keine Durchleuchtung durchgeführt	☐ 1 = ja	-
Implantiertes System			
Schrittmachersystem			
42	System	☐ 1 = VVI 2 = AAI	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.

		3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	- VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel - AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof - DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) - VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt - 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) - 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) - Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n) - sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 7) nicht erfasst werden
43	Sonde am HIS-Bündel implantiert	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn Feld 42 IN (2;3;5;9) oder wenn Feld 43 = 1			
44.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
44.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9) oder wenn Feld 43 = 1			
45.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ , ☐ intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15 mV	intraoperative Messung
45.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender	Der Wert "fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.

		Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	
Ventrikel			
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)			
wenn Feld 42 IN (1;3;4;5;6;7;9) oder wenn Feld 43 = 1			
46.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
46.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
47.1	R-Amplitude	☐ ☐ , ☐ 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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
47.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
Linker Ventrikel			
48	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	☐ bei Entlassung 0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
wenn Feld 48 = 1			
49.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms	Intraoperative Messung

		Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
49.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 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			
50	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 50 = 1			
51.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
51.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
51.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
51.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	☐ 1 = ja	-
51.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 50 = 1			
51.6	Sonden- bzw. Systemdislokation	☐ 1 = ja	Sonden- bzw. Systemdislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
wenn Feld 50 = 1			
51.7	Sonden- bzw. Systemdysfunktion	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 50 = 1			
51.8	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
51.9	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	☐ 1 = ja	-

51.10	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
wenn Feld 51.6 <> LEER			
52.1	Sondendislokation im Vorhof	☐ 1 = ja	-
52.2	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	☐ 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dislokation einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.
wenn Feld 51.7 <> LEER			
53.1	Sondendysfunktion im Vorhof	☐ 1 = ja	-
53.2	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	☐ 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.
Entlassung			
54	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u>
55	Entlassungsgrund	☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
56	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□	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 ~~2022~~ <u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind

		10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM http://www.dimdi.de	z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021~~ <u>2022</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2021~~ <u>2022</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung

			versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine

			landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum		-
12	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus		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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>.
Indikation zum Aggregatwechsel			
14	Indikation zum Aggregatwechsel	☐ 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.

15	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	☐ 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
Operation			
16	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
17	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2022-2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2021-2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2021-2022</u> aufgenommen worden ist.
18	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Implantiertes Schrittmachersystem			
19	System	☐ 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. • VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel • AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof • DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) • VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt • 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) - 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) - sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden
Belassene Schrittmacher-Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 19 IN (2;3;5;9)			
20.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
20.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 19 IN (2;3;4;5;9)			
21.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ , ☐ intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15 mV	intraoperative Messung
21.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofflimmernrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofflimmernrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)			
wenn Feld 19 IN (1;3;4;5;6;9)			
22.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
22.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 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. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
23.1	R-Amplitude	☐ ☐ , ☐ intraoperativ Angabe in: mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies

		Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 30 mV	gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
23.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 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. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 19 IN (5;6;9)			
24.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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 linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
24.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 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			
25	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 25 = 1			
26.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
26.2	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
26.3	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
26.4	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	. .	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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>
28	Entlassungsgrund	☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
29	Entlassungsdiagnose(n)	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ 6. ☐ ☐ ☐ ☐ 7. ☐ ☐ ☐ ☐ 8. ☐ ☐ ☐ ☐ 9. ☐ ☐ ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ☐ ☐ ... 30. ☐ ☐ ☐ ☐ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022~~<u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021~~<u>2022</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2021~~<u>2022</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

	11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

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

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.

4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	☐ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorgelegt werden.
Basisdokumentation			
5	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
6	entlassender Standort		In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.

			Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	☐ ☐ ☐ ☐ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	-
12	Geschlecht	☐	-

		1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>.
Anamnese/Klinik			
14	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht 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) [...]"
Indikation zur Revision/Explantation			
15	Indikation zum Eingriff am Aggregat	☐ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker 0 = keine aggregatbezogene Indikation 1 = Batterieerschöpfung 3 = Fehlfunktion/Rückruf 4 = vorzeitiger Aggregataustausch anlässlich einer Revisionsoperation/eines Systemwechsels 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Revision wegen eines Aggregatsproblems oder vorzeitigem Aggregataustausch "Batterieerschöpfung": Batterieerschöpfung als Indikation zum Folgeeingriff, bei dem nicht ausschließlich ein Aggregatwechsel vorgenommen wird (diese sind mit Modul 09/2 zu dokumentieren). Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren. Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.
16	Taschenproblem	☐ 0 = kein Taschenproblem 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.
17	Sondenproblem	☐ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker 0 = nein 1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems
wenn Feld 17 = 1			
18.1	Indikation zur Revision/Explantation der Vorhofsonde	☐ ☐ 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
18.2	Indikation zur Revision/Explantation der rechtsventrikulären Sonde	☐ ☐ inklusive Indikation zum Eingriff am Leadless Pacemaker, bzw. an der HIS-Bündel-Sonde 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte 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. Der Schlüssel "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
18.3	Indikation zur Revision/Explantation der linksventrikulären Sonde	☐ ☐ 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing	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

		6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüssel "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
Operation			
19	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
20	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	☐ 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
21	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS- Katalog: Im Jahr <u>2022-2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2021-2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2021-2022</u> aufgenommen worden ist.
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			
22	postoperativ funktionell aktives SM- System vorhanden	☐ 0 = nein, da Explantation 1 = ja	-
wenn Feld 22 = 1			
23	aktives System (nach dem Eingriff)	☐ 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. • VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel • AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten

			Vorhof • DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) • VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt • 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) • 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) • Leadless Pacemaker / intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n) • sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüssel(n) (1 bis 7) nicht erfasst werden
wenn Feld 22 = 1			
24	Sonde am HIS-Bündel implantiert	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Schrittmacher-Aggregat			
wenn Feld 23 IN (1;2;3;4;5;6;9)			
25	Art des Vorgehens	☐ 0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	Bei Aggregatwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung des alten Schrittmacher-Aggregats muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn Feld 23 IN (2;3;4;5;9) oder wenn Feld 24 = 1			
26	Art des Vorgehens	☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden.
wenn Feld 23 IN (2;3;5;9) oder wenn Feld 24 = 1			
27.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung

27.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 23 IN (2;3;4;5;9) oder wenn Feld 24 = 1			
28.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ ☐ intraoperativ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
28.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ 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			
Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)			
wenn Feld 23 IN (1;3;4;5;6;7;9) oder wenn Feld 24 = 1			
29	Art des Vorgehens	☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
30.1	Reizschwelle	☐ ☐ 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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
30.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die

			Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
31.1	R-Amplitude	☐ ☐ ☐ 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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
31.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker / intrakardialen Pulsgenerator). Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
Linker Ventrikel			
wenn Feld 23 IN (5;6;9)			
32	Art des Vorgehens	☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier "Neuimplantation" eintragen; die Explantation bzw. Stilllegung der alten Sonde muss nicht mehr gesondert dokumentiert werden. Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems
33.1	Reizschwelle	☐ ☐ 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 aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
33.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur aktiven linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
34	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff

			aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 34 = 1			
35.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
35.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
35.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
35.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	☐ 1 = ja	-
35.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 34 = 1			
35.6	Sonden- bzw. Systemdislokation	☐ 1 = ja	Sonden- bzw. Systemdislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt.
wenn Feld 34 = 1			
35.7	Sonden- bzw. Systemdysfunktion	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 34 = 1			
35.8	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
35.9	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	☐ 1 = ja	-
35.10	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
wenn Feld 35.6 <> LEER			
36.1	Sondendislokation im Vorhof	☐ 1 = ja	-
36.2	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	☐ 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dislokation einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.

wenn Feld 35.7 <> LEER			
37.1	Sondendysfunktion im Vorhof	☐ 1 = ja	-
37.2	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	☐ 1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.
Entlassung			
38	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>
39	Entlassungsgrund	☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
40	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr ~~2022~~<u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021~~<u>2022</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2021~~<u>2022</u> aufgenommen worden ist.

		http://www.dimdi.de	

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen

			Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch

		Gültige Angabe: >= 1	getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum		-
12	Geschlecht	 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13.1	Körpergröße	 Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
13.2	Körpergröße unbekannt	 1 = ja	-
14.1	Körpergewicht bei Aufnahme	 Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
14.2	Körpergewicht unbekannt	 1 = ja	-
15	Aufnahmedatum Krankenhaus		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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>.
Präoperative Anamnese/Klinik			
16	Herzinsuffizienz	☐ NYHA-Klasse unmittelbar vor Implantation 0 = nein 1 = NYHA I 2 = NYHA II 3 = NYHA III 4 = NYHA IV	-
17	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher 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) [...]"
18.1	linksventrikuläre Ejektionsfraktion	☐ ☐ ☐ Angabe in: % Gültige Angabe: 0 - 100 %	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
18.2	LVEF nicht bekannt	☐ 1 = ja	Bitte beachten: Eine fehlende Angabe der LVEF kann zur Einstufung der Indikation zur ICD-Implantation oder der Systemwahl als "nicht leitlinienkonform" führen!
19	Diabetes mellitus	☐ 0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma- Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
20	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	☐ 1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig 8 = unbekannt	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum- Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem Serum-Kreatininwert von > 1,5 mg/dl bzw 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.
21	Besteht eine Lebenserwartung von mehr als einem Jahr bei gutem funktionellen Status des Patienten?	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
ICD-Anteil			
Indikation			

22	indikationsbegründendes klinisches Ereignis	☐ 1 = Kammerflimmern 2 = Kammertachykardie, anhaltend (> 30 sec) 3 = Kammertachykardie, nicht anhaltend (<= 30 sec, aber mind. 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 22 IN (1;2;3;4;9)			
23	führende klinische Symptomatik (der Arrhythmie)	☐ 0 = keine 1 = Herz-Kreislaufstillstand (reanimierter Patient) 2 = Kardiogener Schock 3 = Lungenödem 4 = Synkope 5 = Präsynkope 6 = sehr niedriger Blutdruck (z.B. unter 80 mmHg systolisch) 7 = Angina pectoris 9 = sonstige	führend: gemeint ist das Ereignis, das die Indikation zum ICD-Eingriff begründet. Die klinische Symptomatik kann auch anamnestisch oder während einer Voruntersuchung aufgetreten sein. klinisch: d.h. nicht ausgelöst (EPU)
Grunderkrankungen			
24	KHK	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne Myokardinfarkt 2 = ja, mit Myokardinfarkt	Für die Dokumentation sind alle Myokardinfarkte zu berücksichtigen, auch wenn sie länger zurückliegen
wenn Feld 24 = 2			
25	Abstand Myokardinfarkt-Implantation ICD	☐ 1 = <= 28 Tage 2 = > 28 Tage - <= 40 Tage 3 = > 40 Tage	-
wenn Feld 22 <> 5 und wenn Feld 24 = 2			
26	indikationsbegründendes klinisches Ereignis innerhalb von 48h nach Infarktbeginn	☐ 0 = nein 1 = ja	-
27	Herzerkrankung	☐ ☐ 0 = nein 1 = ischämische Kardiomyopathie 2 = Dilatative Kardiomyopathie DCM 3 = Hypertensive Herzerkrankung 4 = erworbener Klappenfehler 5 = angeborener Herzfehler 6 = Brugada-Syndrom 7 = Kurzes QT-Syndrom 8 = Langes QT-Syndrom 9 = Hypertrophe Kardiomyopathie (HCM) 10 = Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC)	"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)

		11 = Katecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT) 12 = short-coupled torsade de pointes VT 99 = sonstige Herzerkrankung	
wenn Feld 27 = 6			
28	spontanes Brugada-Typ-1-EKG	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 27 = 9			
29.1	Wie hoch ist das Risiko für einen plötzlichen Herztod innerhalb der nächsten 5 Jahre (berechnet mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner)?	☐ ☐ ☐ Angabe in: % Gültige Angabe: >= 0 %	Hier ist das mit dem HCM-Risiko-SCD-Rechner berechnete Ergebnis zu dokumentieren. Die Verwendung des HCM-Risiko-SCD-Rechners wird in den ESC-Leitlinien zum Management von Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods (2015) sowie in den ESC-Leitlinien zu Diagnose und Management der Hypertrophen Kardiomyopathie (2014) empfohlen (Originalarbeit: O'Mahony, C et al. (2014): A novel clinical risk prediction model for sudden cardiac death in hypertrophic cardiomyopathy (HCM Risk-SCD). European Heart Journal 35: 2010-2020).
29.2	Risiko für plötzlichen Herztod (mit HCM-Risiko-SCD-Rechner) nicht berechnet	☐ 1 = da Leistungssportler 2 = wegen Assoziation mit Stoffwechselerkrankung (z.B. Morbus Fabry, Noonan-Syndrom) 3 = da Sekundärprävention 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 22 IN (1;2;3)			
30	WPW-Syndrom	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 22 IN (1;2;3)			
31	reversible oder sicher vermeidbare Ursachen der Kammertachykardie	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	• Torsade-de-pointes-Tachykardie durch Antiarrhythmika • andere QT-Zeit-verlängernde Medikamente • ischämiegetriggerte Indexereignisse • Myokarditis in der Akutphase
wenn Feld 22 IN (2;3)			
32	behandelbare idiopathische Kammertachykardie	☐ 0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Ablation, medikamentöse Behandlung erfolglose Therapie bedeutet "nein"
Weitere Merkmale			
wenn Feld 22 IN (3;4)			
33	Kammertachykardie induzierbar	☐ 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte	-

		Ventrikelsestimulation nicht durchgeführt	
wenn Feld 27 = 6			
34	Kammerflimmern induzierbar	☐ 1 = nein 2 = ja 3 = programmierte Ventrikelsestimulation nicht durchgeführt	-
35	medikamentöse Herzinsuffizienztherapie (zum Zeitpunkt der ICD-Indikationsstellung)	☐ 0 = nein 1 = ja, seit weniger als 3 Monaten 2 = ja, seit 3 Monaten oder länger	-
wenn Feld 35 IN (1;2)			
36.1	Betablocker und/oder Ivabradin	☐ 1 = ja	-
36.2	AT-Rezeptor-Blocker / ACE-Hemmer / Angiotensin-Rezeptor-Nepriylsin-Inhibitoren (ARNI)	☐ 1 = ja	-
36.3	Diuretika	☐ 1 = ja	-
36.4	Aldosteronantagonisten	☐ 1 = ja	-
Schrittmacheranteil			
Stimulationsbedürftigkeit			
37	voraussichtliche atriale Stimulationsbedürftigkeit	☐ 0 = nein 1 = ja	-
38	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	☐ 1 = >= 95% 2 = >= 40% bis < 95% 3 = < 40%	-
EKG-Befunde			
39	Vorhoffrhythmus	☐ 1 = 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.
40	AV-Block	☐	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/durchgeführt)" ist ein AV-

		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)	Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.
41	intraventrikuläre Leitungsstörungen	☐ 0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	-
wenn Feld 41 <> 6			
42	QRS-Komplex	☐ 1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = ≥ 150 ms	-
Operation			
43	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
44	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr ~~2022-2023~~ durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021-2022~~ gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2021-2022~~ aufgenommen worden ist.
Zugang des implantierten Systems			

45.1	Vena cephalica	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
45.2	Vena subclavia	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
45.3	andere	☐ 1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs z.B. • Zugang via Thorakotomie • mediale Sternotomie • untere Mini-Sternotomie • links-laterale Thorakotomie
Weitere Angaben zur Operation			
46	Dauer des Eingriffs	☐ ☐ ☐ Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
47.1	Dosis-Flächen-Produkt	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: (cGy)* cm 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.
47.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	☐ 1 = ja	Dieses Feld ist mit "ja" zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.
47.3	keine Durchleuchtung durchgeführt	☐ 1 = ja	-
ICD			
ICD-System			
48	System	☐ 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. • VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel • DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) • VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt • 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) • 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) • subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System • sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.
ICD-Aggregat			
49	Aggregatposition	☐ 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 48 IN (2;4;9)			
50.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
50.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 48 IN (2;3;4;9)			
51.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ , ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
51.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Anzahl			
wenn Feld 48 < 6			
52	~~Zahl der verwendeten Ventrikelsonden~~	~~☐~~ ~~1 = eine Ventrikelsonde~~ ~~2 = zwei Ventrikelsonden~~ ~~3 = drei Ventrikelsonden~~	~~Zu den Ventrikelsonden zählen alle Sonden, die den Ventrikel stimulieren, auch wenn sie außerhalb des Ventrikels implantiert wurden.~~
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 48 < 6			
53.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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.
53.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-

		1 = ja	/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
54.1	R-Amplitude	☐ ☐ ☐ 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.
54.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
55	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	☐ bei Entlassung 0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
wenn Feld 55 = 1			
56	Reizschwelle	☐ ☐ 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.
57	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
58	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 58 = 1			
59.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	Darunter ist nicht die intraoperative Terminierung eines induzierten Kammerflimmerns zu verstehen.
59.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
59.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert
59.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	☐ 1 = ja	-
59.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	Intervention = Reoperation
wenn Feld 58 = 1			

59.6	revisionsbedürftige Sondendislokation	☐ 1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
wenn Feld 58 = 1			
59.7	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 58 = 1			
59.8	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
59.9	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
wenn Feld 59.6 <> LEER			
60.1	Sondendislokation der Vorhofsonde	☐ 1 = ja	-
60.2	Sondendislokation der rechtsventrikulären Sonde	☐ 1 = ja	-
60.3	Sondendislokation der linksventrikulären Sonde	☐ 1 = ja	-
60.4	Sondendislokation einer weiteren Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
60.5	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 59.7 <> LEER			
61.1	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	☐ 1 = ja	-
61.2	Sondendysfunktion der rechtsventrikulären Sonde	☐ 1 = ja	-
61.3	Sondendysfunktion der linksventrikulären Sonde	☐ 1 = ja	-
61.4	Sondendysfunktion einer weiteren Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
61.5	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	☐ 1 = ja	-
Entlassung			
62	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u> das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>
63	Entlassungsgrund	☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
64	Entlassungsdiagnose(n)	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ 6. ☐ ☐ ☐ ☐ 7. ☐ ☐ ☐ ☐ 8. ☐ ☐ ☐ ☐ 9. ☐ ☐ ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ☐ ☐ ... 30. ☐ ☐ ☐ ☐ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022~~<u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021~~<u>2022</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2021~~<u>2022</u> aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14

	Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung

			versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine

			landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum		-
12	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus		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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>.
Indikation zum Aggregatwechsel			
14	Indikation zum Aggregatwechsel	☐ 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.

15	Ort der letzten ICD-(oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	☐ 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-
Operation			
16	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
17	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2022-2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2021-2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2021-2022</u> aufgenommen worden ist.
18	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
ICD			
Implantiertes ICD-System			
19	System	☐ 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. • VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel • DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) • VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt • 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) • 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) • subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System • sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.
Belassene Sonden			
Vorhof			
wenn Feld 19 IN (2;4;9)			
20.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
20.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 19 IN (2;3;4;9)			
21.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ , ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 15 mV	intraoperative Messung
21.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
Rechtsventrikuläre Sonde			
wenn Feld 19 $\leftrightarrow$ 6			
22.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
22.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
wenn Feld 19 $\leftrightarrow$ 6			
23.1	R-Amplitude	☐ ☐ , ☐ 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.

23.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde.
Linksventrikuläre Sonde			
wenn Feld 19 IN (4;5)			
24.1	Reizschwelle	☐ , ☐ 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 linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
24.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-D-Systems.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
25	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 25 = 1			
26.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
26.2	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
26.3	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
26.4	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
Entlassung			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021-2022~~ bis zum 10.01.~~2021-2022~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021-2022~~ bis zum 20.01.~~2021-2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021-2022~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021-2022~~
28	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
29	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022-2023~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2021-2022~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2021-2022~~ aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

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

	- § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

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

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	☐ ☐ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	☐ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt.

			Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Basisdokumentation			
5	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.
6	entlassender Standort	 	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	 gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverchlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.
8	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.
9	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
10	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
12	Geschlecht	□ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~ ~~2022~~ bis zum 10.01.~~2021~~ ~~2022~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~ ~~2022~~ bis zum 20.01.~~2021~~ ~~2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~ ~~2022~~, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~ ~~2022~~.
Präoperative Anamnese/Klinik			
14	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht 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) [...]"
Indikation zur Revision/Systemwechsel/ Explantation			
15	Indikation zum Eingriff am Aggregat	☐ 0 = keine aggregatbezogene Indikation 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). Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist "Fehlfunktion/Rückruf" zu dokumentieren.. Falls mehrere der genannten Aggregatprobleme vorliegen, hier bitte das gravierendste Problem angeben.
16	Taschenproblem	☐ 0 = kein Taschenproblem 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 schmerzhaft 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.
17	Sondenproblem	☐	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems

		0 = nein 1 = ja	
Operation			
18	OP-Datum	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
19	Ort der letzten ICD- (oder Schrittmacher-)OP vor diesem Eingriff	☐ 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärer/ambulante, eigene Institution 4 = stationärer/ambulante, andere Institution	-
20	Operation	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.dimdi.de	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2022-2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2021-2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2021-2022</u> aufgenommen worden ist.
ICD			
ICD-System			
21	aktives System (nach dem Eingriff)	☐ 0 = keines (Explantation oder Stilllegung) 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. • VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel • DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) • VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt • 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) • 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) • subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde

			im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.
ICD-Aggregat			
22	Art des Vorgehens	☐ 0 = Aggregat nicht vorhanden 1 = kein Eingriff am Aggregat 2 = Wechsel 3 = Aggregat-Explantation und Implantation eines neuen Aggregats kontralateral 4 = Aggregatverlagerung 5 = Explantation 9 = sonstiges	-
wenn Feld 22 NICHT IN (0;5)			
23	Aggregatposition	☐ 1 = infraclaviculär subcutan 2 = infraclaviculär subfaszial 3 = infraclaviculär submuskulär 4 = abdominal 9 = andere	-
wenn Feld 22 IN (2;3;5)			
24	explantiertes System	☐ 1 = VVI 2 = DDD 3 = VDD 4 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 5 = CRT-System ohne Vorhofsonde 6 = subkutaner ICD 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüssel, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des explantierten Systems entspricht. - VVI: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel - DDD: ICD-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) - VDD: ICD-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt - 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) - 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) - subkutaner ICD: ICD-Aggregat mit Sonde im Bereich des Subkutangewebes ohne Sonde im venösen System - sonstiges: ICD-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden.
wenn Feld 22 IN (1;2;3;4;5;9)			
25.1	Aggregat: Jahr der Implantation	□□□□	-
25.2	Jahr der Implantation nicht bekannt	□ 1=ja	-
Sonden			
Vorhof			

26	Art des Vorgehens	☐ ☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-
wenn Feld 26 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
27	Problem	☐ ☐ 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
wenn Feld 26 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
28	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde	 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 21 <> 3			
29.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
29.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn Feld 26 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
30.1	P-Wellen-Amplitude	☐ ☐ , ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
30.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender	Der Wert "2 = fehlender Vorhoffeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.

		Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen																			
Ventrikel																					
Erste Ventrikelsonde/Defibrillationssonde																					
31	Art des Vorgehens	☐ ☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung des Pace/Sense-Anteils der Sonde 8 = Stilllegung des Defibrillationsanteils der Sonde 9 = Stilllegung der gesamten Sonde 99 = sonstiges	Als erste Sonde wird bei Revisionen immer die Sonde mit dem aktiven Schockanteil bezeichnet. "0 = kein Eingriff an der Sonde" ist nur bei aktiven Sonden zu dokumentieren, an denen in dieser Operation kein Eingriff stattfand. Beispielskonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen Grundsätzlich wird die Ventrikelsonde (VS) mit dem nach dem Eingriff aktiven Schockanteil immer als die erste Ventrikelsonde bezeichnet. Vor dem Eingriff bereits zusätzlich vorhandene stillgelegte Sonden sind nicht unter den Ventrikelsonden 1 bis 3 aufzuführen sondern im Datenfeld "weitere inaktive stillgelegte Sonden" zu dokumentieren. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">nach dem Eingriff zu dokumentieren</th> </tr> <tr> <th>Eingriff</th> <th>erste VS</th> <th>zweite VS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">vor dem Eingriff : Defibrillation und Pace/Sense zusammen auf einer Sonde</td> </tr> <tr> <td>Defi-Anteil weiter aktiv, P/S-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche P/S-Sonde</td> <td>Stilllegung des P/S-Anteils</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>P/S-Anteil weiter aktiv, Defi-Anteil stillgelegt, neue zusätzliche Defi-Sonde</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung der alten Sonde</td> <td>Stilllegung des Defi-Anteils Reizschwelle, Amplitude</td> </tr> <tr> <td>Austausch der gesamten Sonde, Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td> <td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel)</td> <td> Reizschwelle, Amplitude</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
	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 Implantationen. 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)	Explantation

			<table border="1"> <tr> <td></td><td>Reizschwelle, Amplitude</td><td></td></tr> <tr> <td>Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td><td>Stilllegung</td></tr> <tr> <td>Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td><td>Explantation</td></tr> <tr> <td>Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td><td>Stilllegung</td></tr> </table>		Reizschwelle, Amplitude		Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung	Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Explantation	Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung
	Reizschwelle, Amplitude														
Stilllegung beider Sonden Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung													
Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude	Explantation													
Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)	Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude	Stilllegung													
wenn Feld 31 IN (1;2;3;4;5;6;7;8;9;99)															
32	Problem	☐ ☐ 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = ineffektive Defibrillation 11 = Rückruf/Sicherheitswarnung 12 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.												
wenn Feld 31 IN (1;2;4;5;6;7;8;9;99)															
33	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten	☐ 1 = <- 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-												

	Ventrikelsonde/Defibrillationssonde																	
wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;7;8;9;99)																		
34	Position	☐ 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 9 = andere	-															
wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;8;99)																		
35.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0 V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung															
35.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = separate Pace/Sense-Sonde 9 = aus anderen Gründen	-															
wenn Feld 31 IN (0;1;2;3;4;5;8;99) und wenn Feld 34 IN (1;2)																		
36.1	R-Amplitude	☐ , ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 30 mV	intraoperative Messung															
36.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = separate Pace/Sense-Sonde 2 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-															
Zweite Ventrikelsonde																		
37	Art des Vorgehens	☐ ☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	Beispielskonstellationen im Datensatz bei ICD-Revisionseingriffen <table border="1"> <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> <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,</td> <td>Neuimplantation bei Stilllegung</td> <td>Stilllegung des Defi-Anteils</td> </tr> </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,	Neuimplantation bei Stilllegung	Stilllegung des Defi-Anteils
	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,	Neuimplantation bei Stilllegung	Stilllegung des Defi-Anteils																

			neue zusätzliche Defi-Sonde	der alten Sonde	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

			<table><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 Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td><td>Stilllegung</td></tr><tr><td>Stilllegung der Defi-Sonde, Explantation der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde Reizschwelle, Amplitude</td><td>Explantation</td></tr><tr><td>Explantation der Defi-Sonde, Stilllegung der P/S-Sonde Implantation einer neuen Sonde (Defi und P/S zusammen)</td><td>Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) Reizschwelle, Amplitude</td><td>Stilllegung</td></tr></table>	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 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
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 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 37 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)																					
38	Problem	☐☐ 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschw	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.																		

		ellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	
wenn Feld 37 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
39	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde	☐ 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
40	Position	☐ 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-
wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
41.1	Reizschwelle	☐ , ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
41.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 37 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 40 IN (1;2)			
42.1	R-Amplitude	☐ ☐ , ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung
42.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Dritte Ventrikelsonde			
43	Art des Vorgehens	☐ ☐ 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	-

wenn Feld 43 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
44	Problem	☐ ☐ 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken 5 = Oversensing 6 = Undersensing 7 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 8 = Infektion 9 = Myokardperforation 10 = Rückruf/Sicherheitswarnung 11 = wachstumsbedingte Sondenrevision 99 = sonstige	Bitte alle Arten extrakardialer Mitstimulation unter "Zwerchfellzucken oder Pectoraliszucken" dokumentieren. Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
wenn Feld 43 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
45	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde	☐ 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;7;99)			
46	Position	☐ 1 = rechtsventrikulärer Apex 2 = rechtsventrikuläres Septum 3 = Koronarvene, anterior 4 = Koronarvene, lateral, posterolateral 5 = Koronarvene, posterior 6 = epimyokardial linksventrikulär 9 = andere	-
wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;99)			
47.1	Reizschwelle	☐ ☐ intraoperativ, bei 0,5 ms Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
47.2	Reizschwelle nicht gemessen	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 43 IN (0;1;2;3;4;5;99) und wenn Feld 46 IN (1;2)			
48.1	R-Amplitude	☐ ☐ ☐ Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	intraoperative Messung
48.2	R-Amplitude nicht gemessen	☐ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Andere Defibrillationssonde(n)			
49	Art des Vorgehens	☐ ☐	-

		0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation mit Stilllegung der alten Sonde 2 = Neuimplantation mit Entfernung der alten Sonde (Wechsel) 3 = Neuimplantation zusätzlich 4 = Neuplatzierung 5 = Reparatur 6 = Explantation 7 = Stilllegung 99 = sonstiges	
wenn Feld 49 IN (1;2;3;4;5;6;7;99)			
50	Problem	☐ 0 = Systemumstellung 1 = Dislokation 2 = Sondenbruch/Isolationsdefekt 3 = fehlerhafte Konnektion 4 = Infektion 5 = Myokardperforation 6 = ineffektive Defibrillation 7 = Rückruf/Sicherheitswarnung 8 = wachstumsbedingte Sondenrevision 9 = sonstige	Der Schlüsselwert "wachstumsbedingte Sondenrevision" ist bei Kindern und Jugendlichen, bei denen das Sondenproblem auf das körperliche Wachstum zurückzuführen ist, zu dokumentieren.
wenn Feld 49 IN (1;2;4;5;6;7;99)			
51	Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)	☐ ~~1 = <= 1 Jahr~~ ~~2 = > 1 Jahr~~ ~~9 = unbekannt~~	-
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
52	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	☐ 0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
wenn Feld 52 = 1			
53.1	kardiopulmonale Reanimation	☐ 1 = ja	-
53.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	☐ 1 = ja	-
53.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	☐ 1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
53.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	☐ 1 = ja	-
53.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 52 = 1			
53.6	revisionsbedürftige Sondendislokation	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 52 = 1			

53.7	revisionsbedürftige Sondendysfunktion	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 52 = 1			
53.8	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS Definitionen 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
53.9	sonstige interventionspflichtige Komplikation	☐ 1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs
wenn Feld 53.6 <> LEER			
54.1	Sondendislokation der Vorhofsonde	☐ 1 = ja	-
54.2	Sondendislokation der ersten Ventrikelsonde/Defibrillat ionssonde	☐ 1 = ja	-
54.3	Sondendislokation der zweiten Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
54.4	Sondendislokation der dritten Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
54.5	Sondendislokation der anderen Defibrillationssonde(n)	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 53.7 <> LEER			
55.1	Sondendysfunktion der Vorhofsonde	☐ 1 = ja	-
55.2	Sondendysfunktion der ersten Ventrikelsonde/Defibrillat ionssonde	☐ 1 = ja	-
55.3	Sondendysfunktion der zweiten Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
55.4	Sondendysfunktion der dritten Ventrikelsonde	☐ 1 = ja	-
55.5	Sondendysfunktion der anderen Defibrillationssonde(n)	☐ 1 = ja	-
Entlassung			
56	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~ ~~2022~~ bis zum 10.01.<del>2021</del>~~2022~~ 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2021</del>~~2022~~ bis zum 20.01.<del>2021</del>~~2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2021</del>~~2022~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2021</del>~~2022~~
57	Entlassungsgrund	□□ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
58	Entlassungsdiagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 <del>2022</del>~~2023~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2021</del>~~2022~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2021</del>~~2022~~ aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen,

	nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)

Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDAGGW_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV_OPS UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

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

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2021~~ 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2023~~ 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2021~~2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2021~~2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2022~~2023')

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

- [illegible]

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

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)

Textdefinition

Implantierbare Defibrillatoren-Implantationen bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDIMPL_OPS UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle ICDIMPL_OPS
und
Alter am Aufnahmetag >= 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2021 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021'2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.2021'2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2022'2023')

Prozedur(en) der Tabelle ICDIMPL_OPS

OPS-Kode Titel

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

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

Anwenderinformation QS-Filter

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

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN ICDREV_OPS UND PROZ KEINSIN ICDREV_OPS_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

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

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2021~~ 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2023~~ 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2021~~2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2021~~2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2022~~2023)

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
- 5-378.2e Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode

- [illegible]

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

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

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Textdefinition

Isolierte Schrittmacher-Aggregatwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN SMAGGW_OPS UND PROZ KEINSIN SMREV_OPS UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

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

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2021~~ 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2023~~ 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2021~~2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2021~~2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2022~~2023')

Prozedur(en) der Tabelle SMAGGW_OPS

OPS-Kode Titel

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

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_OPS

OPS-Kode Titel

- 5-378.00 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.01 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem

- 5-378.02 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.0a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.0b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.18 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher
- 5-378.1a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Synchronisationssystem
- 5-378.20 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.2a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.2b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.3a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.3b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.4a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.4b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.6a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.6b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.7a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.7b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem

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

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN SMIMPL_OPS ODER (PROZ EINSIN SMIMPL_LL_P_OPS UND PROZ KEINSIN SMIMPL_OPS_EX)) UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL_OPS
oder
(mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL_LL_P_OPS
und
keine Ausschlussprozedur aus der Tabelle SMIMPL_OPS_EX))
und
Alter am Aufnahmetag >= 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr ~~2021~~ 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar ~~2023~~ 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.~~2021~~'2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.~~2021~~'2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.~~2022~~'2023)

Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL_OPS

OPS-Kode Titel

- 5-377.0 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, n.n.bez.
- 5-377.1 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-377.2 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde
- 5-377.30 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation
- 5-377.31 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation
- 5-377.40 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Ohne Vorhofelektrode
- 5-377.41 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode
- 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, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.cb Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: 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
- 5-378.cm Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf intrakardialen Impulsgenerator

Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL_LLP_OPS

OPS-Kode Titel

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

Prozedur(en) der Tabelle SMIMPL_OPS_EX

OPS-Kode Titel

5-983 Reoperation

Anwenderinformation QS-Filter

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

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN SMREV_KONV_OPS ODER (PROZ EINSIN SMREV_KONV_OPS_LLZ_Z UND PROZ EINSIN SMREV_KONV_OPS_LLZ_ZB)) UND PROZ KEINSIN SMREV_KONV_OPS_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS
oder
(Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS_LLZ_Z
und
Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS_LLZ_ZB))
und
keine Ausschlussprozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS_EX
und
Alter am Aufnahmetag >= 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2021 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021' 2022 UND AUFNDATUM <= '31.12.2021' 2022 UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2022' 2023)

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_KONV_OPS

OPS-Kode Titel

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

- 5-378.21 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.22 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.2a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.2b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.2h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.30 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.31 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.32 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.3a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.3b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.3h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.40 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.41 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.42 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.4a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.4b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.60 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.61 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.62 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.6a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.6b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.6h Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Intrakardialer Impulsgenerator
- 5-378.70 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.71 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.72 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.7a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.7b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.80 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher n.n.bez.
- 5-378.81 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem
- 5-378.82 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem
- 5-378.8a Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode
- 5-378.8b Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode
- 5-378.b0 Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem

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

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_KONV_OPS_LL_P_Z

OPS-Kode Titel

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

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_KONV_OPS_LL_P_ZB

OPS-Kode Titel

- 5-983 Reoperation

Prozedur(en) der Tabelle SMREV_KONV_OPS_EX

OPS-Kode Titel

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

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 2021 2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023 2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021' 2022' UND AUFNDATUM <= '31.12.2021' 2022' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.2022' 2023'))

Diagnose(n) der Tabelle GEB_ICD

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

Prozedur(en) der Tabelle GEB_OPS

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

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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Geburtshilfe (16/1)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Mutter (M)			
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3.1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□□□ gemäß eGK Versichertenkarte	<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw). <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3.2	Nachname der Mutter liegt nicht vor	□ 1 = ja	-

4	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	 gemäß eGK Versichertenkarte	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vorsatzworte der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vorsatzworte sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Vorsatzworte sind z.B. von, zu, van, von der, unter usw. Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.
5.1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	 gemäß eGK Versichertenkarte	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw). Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
5.2	Vorname der Mutter liegt nicht vor	☐ 1 = ja	-
Basisdokumentation			
6	Institutionskennzeichen	 http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle

			Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
7	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
8.1	entbindender Standort	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	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. 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 Kreißsaal oder im OP. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt vor Ort, z.B. im OP.
8.2	diagnostizierender Standort (ICD)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem ICD-Kode	Der "diagnostizierende Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Diagnose gemäß auslösendem ICD-Kode (z.B. Z37.0 = Lebendgeborener Einling)

			stellt. Hierbei ist nicht der kodierende, sondern der diagnostizierende Standort gemeint. Bei den auslösenden ICD-Kodes handelt es sich um die im Kodierungssystem bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Diagnosen, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussdiagnosen des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der "diagnostizierende Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Diagnose gestellt wird.
9	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
10	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
11	Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt

			in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
12	Geburtsnummer	□□□□	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.
13	Anzahl Mehrlinge	□□ Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein. Folgender Sonderfall ist bekannt: Bei der Dokumentation ist Absatz 3 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung - PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.htm) zu beachten: (1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. (2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn

			1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder 2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...] (3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend. Dokumentationsbeispiel: Bei einer Zwillingschwangerschaft mit einem intrauterinen Fruchttod eines Kindes mit einem Gewicht unter 500 Gramm und unter 24+0 Schwangerschaftswochen (gemäß PStV Absatz 2 als Fehlgeburt definiert), ist im Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" "= 2" einzutragen. Der verstorbene Mehrling ist als Totgeburt "= 1" mit korrekter Angabe des Geburtsgewichts und des Gestationsalters zu dokumentieren. Hierdurch wird das Geburtsrisiko korrekt wiedergegeben.
14	Versorgungsstufe	☐ 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = Geburtsklinik 5 = sonstiges	Hier ist die "Versorgungsstufe" der Geburtsklinik gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anzugeben. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS- Software vorgelegt werden.
Basisdokumentation - Mutter			
15	Geburtsdatum der Schwangeren	□□.□□.□□□□	-
16	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2021~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2021~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2021~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2021~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2021~~<u>2022</u>.
17	Aufnahmeuhrzeit	□□:□□	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme der Schwangeren an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
18	Aufnahmediagnose Mutter	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ http://www.dimdi.de	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
19	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ http://www.dimdi.de	-
20	5-stellige PLZ des Wohnortes	□□□□□	-
21	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	□□ Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	-
wenn Feld 21 > 0			

22	Anzahl Lebendgeburten	☐ ☐ Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt, ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
23	Anzahl Totgeburten	☐ ☐ Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt, ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
Jetzige Schwangerschaft			
24	Befunde im Mutterpass vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass	Wurden keine Befunde im Mutterpass angegeben, tragen Sie "nein" ein, andernfalls dokumentieren Sie mit "ja".
wenn Feld 24 IN (1;2)			
25	Befunde im Mutterpass	1. ☐ ☐ 2. ☐ ☐ 3. ☐ ☐ 4. ☐ ☐ 5. ☐ ☐ 6. ☐ ☐ 7. ☐ ☐ 8. ☐ ☐ 9. ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ... 56. ☐ ☐ siehe Schlüssel 1 "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"	In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen. Die Angabe des Schwangerschaftsbefunds "35 = Mehrlingsschwangerschaft" kann jedoch aufgrund einer Plausibilitätsregel zu einem Konflikt mit dem Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" führen und einen Hinweis (weichen Fehler) auslösen. Die Mehrlingsschwangerschaft wird zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft festgestellt. Dagegen wird die Mehrlingsgeburt ("Anzahl Mehrlinge" 2 oder mehr) zum Zeitpunkt der Geburt festgestellt. In der Zwischenzeit kann sich jedoch die Anzahl der zu dokumentierenden "Mehrlinge" verringern. Zur Berechnung des Risikos "Vielgebärender" ist folgendermaßen vorzugehen: • Mehrlingsschwangerschaften werden als eine Geburt gezählt • Aborte werden nicht gezählt

			die aktuelle Schwangerschaft wird nicht mitgezählt Beachten Sie auch, dass bei manchen Schwangerschaftsbefunden gegebenenfalls eine Übertragung als Geburtsrisiko erforderlich wird, z. B. beim Diabetes mellitus Schwangerschaftsbefund "09" und Geburtsrisiko "68".
26	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	☐ ☐ Gültige Angabe: ≥ 0 Angabe ohne Warnung: ≥ 3	Hier ist die Anzahl der im Mutterpass eingetragenen Vorsorgeuntersuchungen vor Geburtsbeginn gefragt (also nicht die Aufnahmeuntersuchung bei Aufnahme in die Klinik).
27	Diagnostest zum Gestationsdiabetes durchgeführt	☐ 0 = nein 1 = ja 2 = aus Mutterpass nicht ermittelbar	Frauenärzte können 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 27 = 1			
28	Diagnostest auffällig	☐ 0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können 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.
29	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	☐ ☐ ☐ Angabe in: kg Gültige Angabe: 10 - 350 kg	Geben Sie bitte das Körpergewicht bei der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft in vollen Kilogramm ohne

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

			letzten Menstruationsperiode wird bestätigt, wenn es keine Abweichung gibt. Es soll durch das Ultraschallergebnis ersetzt und somit korrigiert werden, wenn es eine Abweichung gibt. Bei abweichenden Werten hat der mit dem Ultraschall bestimmte Wert Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).
wenn Feld 25 EINSIN (38) oder wenn Feld 31 = LEER			
32	Klinisches Gestationsalter	☐ ☐ Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 0 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	Klinisches Gestationsalter. Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonographischer Befund vorliegt, kann hier das klinisch geschätzte Gestationsalter angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann das Gestationsalter postpartal in Wochen geschätzt werden. Dabei werden die physischen und neurologischen Reifemerkmale unabhängig von den Körperwerten untersucht. Die Angabe auf den Tag genau ist bei einer groben Schätzung eine Pseudogenauigkeit. Die Befundung der Körperwerte in der Spätschwangerschaft ist nicht brauchbar, da ein Kind mit einem Schwangerschaftsalter von 38 Wochen geboren werden kann und aufgrund einer intrauterinen Wachstumsverzögerung das Gewicht und die Länge von Kindern haben kann, die im Mittel nach einer Schwangerschaftsalter von 34 Wochen geboren werden.
Angaben zur Entbindung			
33	Aufnahmeart	☐ 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	-
34	Muttermundsweite bei Aufnahme	☐ ☐ Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 15 cm Angabe ohne Warnung: <= 10 cm	Hier geben Sie die Muttermundsweite in Zentimeter bei der Aufnahmeuntersuchung im Kreißaal an. Nur auszufüllen, wenn die

			Geburt nach der Aufnahme war.
35	Antenatale Kortikosteroidtherapie	☐ 0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	Bitte geben Sie an, ob eine antenatale Kortikosteroidtherapie 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 antenatale Kortikosteroidtherapie bereits ambulant oder in einer anderen Klinik begonnen, ist dies über "ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern" zu kodieren. Eine antenatale Kortikosteroidtherapie umfasst in Deutschland bei gegebener Indikation einen Zyklus, d.h. 2 Gaben mit jeweils 12 mg Betamethason i.m. an die Schwangere in einem Abstand von 24 Stunden. Diese Therapie bewirkt bei den Kindern die Induktion von oberflächenaktiven Substanzen in der Lunge. Eine geringere Morbidität und Mortalität bei diesen Kindern nach der Geburt ist bewiesen. In Leitlinien wird der Einsatz bei drohender Frühgeburt in einem Schwangerschaftsalter von bis zu 34 vollendeten Wochen empfohlen. Mittels i.v.-Tokolyse kann die Geburt um 48 Stunden ab Behandlungsbeginn verzögert werden, um ausreichend Zeit für die Wirkung des Medikaments gewinnen zu können. Auch vor Ablauf von 48 Stunden können noch erwünschte Effekte nachgewiesen werden.
wenn Feld 35 = 1			
36	Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie	□□.□□.□□□□	-
37	Uhrzeit der begonnenen antenatalen	□□:□□	-

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

			Gra d II Weiterreichende Einrisse des perinealen Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Gra d III Alle Sphincterverletzungen ohne Beteiligung der Rectumschleimhaut Gra d IV Verletzung von Sphincter und Rectumschleimhaut Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Fischer; 2003.
45	Blutung > 1000 ml	☐ 0 = nein 1 = ja	-
46	Hysterektomie/Laparotomie	☐ 0 = nein 1 = ja	-
47	Sepsis	☐ nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Primäre Sepsis B 1 Durch Labor bestätigte primäre Sepsis muss einem der folgenden Kriterien entsprechen: ☐ Nachweis von pathogenen Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren in einer oder mehreren Blutproben, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n und nachgewiesene pathogene Erreger sind

			nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert. ☐ Der gleiche gewöhnliche Hautkeim wurde in mindestens zwei separaten Blutabnahmen in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren nachgewiesen, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurden, und im Blut nachgewiesener Hautkeim ist nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert und mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: - Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) - Schüttelfrost - Hypotonie
48	Fieber im Wochenbett $> 38^{\circ}\text{C}$ > 2 Tg.	☐ 0 = nein 1 = ja	-
49	Anämie Hb < 10 g/dl	☐ $< 6,2$ 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: $\text{g}/100 \text{ ml} * 0,6206 = \text{mmol/L}$.
50	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier sollen nur behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden. So ist z.B. ein nicht behandelter Descensus uteri, der nur im Arztbrief erwähnt wird, nicht zu kodieren.
wenn Feld 50 = 1			
51.1	Pneumonie	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Infektionen der Unteren Atemwege C 1 a - C 1 c Pneumonie

			C 1 a Klinisch definierte Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung ☐ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>zwei</u> der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de). C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie

			Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung ☐ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ☐ Erregernachweis im Blut ☐ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit ☐ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste ☐ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen

			Zellen ☐ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym ☐ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhypen oder Pseudohypen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen C 1 c Atypische Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ☐ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ☐ Verdichtung ☐ Kavernenbildung und mindestens eines der folgenden: ☐ Fieber > 38 °C ☐ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ☐ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens eines der folgenden: ☐ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ☐ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ☐ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ☐ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

			und mindestens eines der folgenden: ☐ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ☐ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ☐ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ☐ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
51.2	kardiovaskuläre Komplikation(en)	☐ 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
51.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	☐ 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
51.4	Lungenembolie	☐ 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
51.5	Harnwegsinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Harnwegsinfektionen D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ☐ Mindestens eine Urinkultur $\geq 10^5$ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von

			Mikroorganismen und Patient hat mindestens eines der folgenden Symptome: - Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) - suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache) - Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache) - Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) - erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) - Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ☐ Mindestens eine Urinkultur mit $\geq 10^5$ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion: - kein Fieber - kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür) - keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür) - kein Harndrang - keine erhöhte Miktionsfrequenz - keine Dysurie und Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal/perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen: ☐ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-

			kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n ☐ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt ☐ Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: - Fieber (> 38 °C) - lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle und mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: - Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle - Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)
51.6	Wundinfektion/Abszessbildung	☐ 1 = ja	-
51.7	Wundhämatom/Nachblutung	☐ 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion).
51.8	sonstige Komplikation	☐ 1 = ja	z. B. AV-Fistel, Aneurysma spurium, Nervenläsion
Entlassung / Verlegung			
52	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen	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 ~~2022~~ 2023 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im

		ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Jahre ~~2021~~ - ~~2022~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2021~~ <u>2022</u> aufgenommen worden ist.
53	weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Bitte hier nur weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose der Mutter angeben. Die auslösende Diagnose bitte in Item "Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter" dokumentieren.
54	Entlassungsgrund Mutter	□□ siehe Schlüssel 3 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
55	Entlassungsdatum Mutter	□□.□□.□□□□	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. ~~2021~~ - ~~2022~~ bis zum 10.01. ~~2021~~ <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ - ~~2022~~ bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ - ~~2022~~ das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u>
56	Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt	□ 0 = nein 1 = ja	Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.
Kind (K)			
Basisdokumentation			
57	lfd. Nr. des Mehrlings	□□ Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: ≤ 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an

			der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2. Bei Einlingen eine 1 eintragen.
58	CTG-Kontrolle	☐ 0 = nein 1 = ja	Geben Sie bitte an, ob in der geburtshilflichen Abteilung eine weitere Kardiotokographie nach dem Aufnahme-CTG durchgeführt wurde. Hier wird unterschieden zwischen externem CTG und internem CTG; ferner zwischen intermittierend, kontinuierlich bis Geburt und bei Sectio caesarea kontinuierlich bis zur Desinfektion. Geben Sie bitte jeweils für externes und internes CTG nur einen in Frage kommenden Parameter an.
wenn Feld 58 = 1			
59. 1	externes CTG	☐ 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit externer Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Ultraschallsonde gemeint, die auf die Bauchhaut der Schwangeren aufgelegt wird. Diese konservative Methode wird bei intakter Fruchtblase vorgenommen.
59. 2	internes CTG	☐ 0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit interner Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Kopfschwartenelektrode (KSE) gemeint, die in die Kopfhaut des Kindes gedreht wird. Diese invasive Methode kann bei bereits gesprungener Fruchtblase vorgenommen werden, wenn die externe CTG keine zuverlässigen Ergebnisse liefert.
60	Blutgasanalyse Fetalblut	☐ 0 = nein 1 = ja	Wenn vor der Entbindung des Kindes während der Geburt eine Blutprobe vom Kind entnommen wurde (Fetalblutanalyse, Mikroblutuntersuchung), dann tragen Sie bitte "1 = ja" ein.
wenn Feld 60 = 1			
61	Base Excess der Fetalblutanalyse	☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 10 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - 0 mmol/l	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblutuntersuchung beim Kind während der Geburt durchgeführt wurde, dann tragen Sie bitte den Wert für Base Excess in der Einheit mmol/L ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann

			negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Der Wert für Base Excess wird mit einer Nachkommastelle angegeben. Beispiel: "-8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
62	pH-Wert der Fetalblutanalyse	, 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. Bei nicht erfolgter Ausgabe eines dreistelligen Nachkommawertes ist für die dritte Nachkommastelle eine "0" zu setzen.
63	Lage	 1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt	Geben Sie bitte an, um welche Kindslage es sich handelt. Bei vorderer Hinterhauptslage ist die regelrechte Schädellage zu kodieren. Beachten Sie bitte die entsprechenden Geburtsrisiken laut Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken".
64	Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode	 Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden Angabe ohne Warnung: <= 29 Stunden	Als Beginn der Geburtsdauer ist der Beginn der aktiven Eröffnungsperiode (entsprechend (inter-) national geltender Leitlinien ca. 4 cm Muttermundseröffnung) zu verstehen. Bei Mehrlingen ist die Geburtsdauer für jedes Kind separat zu berechnen. In der Regel gibt es nur einen Beginn der aktiven Eröffnungsperiode. Im seltenen Fall einer zweizeitigen Geburt ist es hingegen nicht zulässig, für den zweiten Zwilling den Geburtsbeginn des ersten Zwillings anzugeben. In diesem Fall ist der Zeitpunkt der aktiven Eröffnungsperiode erneut zu bestimmen. Bei einer angefangenen

			Stunde bis 29 Minuten ist jeweils abzurunden, bei einer angefangenen Stunde ab 30 Minuten ist auf die nächste volle Stunde aufzurunden. Hinweis: Bei einer Geburtsdauer unter 30 Minuten ist "0" anzugeben.
65	Entbindungsmodus	☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ OPS http://www.dimdi.de	Siehe Anmerkung 1
wenn Feld 65 NICHT IN OPS GebSpontanEntbind			
66	Indikation zur operativen Entbindung	1. ☐ ☐ 2. ☐ ☐ 3. ☐ ☐ 4. ☐ ☐ 5. ☐ ☐ 6. ☐ ☐ siehe Schlüssel 2 "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	In diesem Feld ist die Indikation zur operativen Entbindung nach dem Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken" zu dokumentieren. Ausnahmen bilden hierbei die unspezifischen Entbindungsmodi "9-260", "9-261" und "9-268". In seltenen Fällen kann es sich hier ggf. um eine operative Entbindung handeln. In diesen Fällen ist zu entscheiden, ob es sich um eine operative oder um eine spontane Entbindung handelt. Bei einer operativen Entbindung ist die Indikation zur operativen Entbindung einzutragen. Bei den Entbindungsmodi "5-727.0" und "8-515" liegt keine operative Entbindung vor. Es ist daher keine Indikation zur operativen Entbindung zu dokumentieren. Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
67	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	☐ 0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	Bitte geben Sie "ja" an, wenn eine perioperative Antibiotikaphylaxe unmittelbar vor OP (ab Anästhesie-Einleitung) oder nach Abklemmen der Nabelschnur während der Kaiserschnitt-Entbindung durchgeführt worden ist.
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
68	Notsektio	☐	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klinischen

		0 = nein 1 = ja	Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint.
wenn Feld 68 = 1			
69	Hauptindikation bei Notsektio	☐ siehe Schlüssel 2 "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
70	E-E-Zeit bei Notsektio	☐ ☐ ☐ Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 599 Minuten Angabe ohne Warnung: 1 - 19 Minuten	Hier ist die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeitspanne zwischen dem Entschluss zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes aus dem Mutterleib, einzutragen.
71	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	☐ 0 = nein 1 = ja	-
72	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 72 = 1			
73	Datum	. .	-
74	Uhrzeit	:	-
Basisdokumentation - Kind			
75	Geburtsdatum des Kindes	. .	-
76	Uhrzeit der Geburt	:	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes an. Bitte runden Sie die Uhrzeit nicht, sondern tragen Sie möglichst die minutengenaue Uhrzeit ein. 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.
77	Geschlecht des Kindes	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
78	APGAR	☐ ☐ nach 1 min 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8	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.

		9 = 9 10 = 10	
79	APGAR	☐ ☐ 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.
80	APGAR	☐ ☐ 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.
81	Gewicht des Kindes	☐ ☐ ☐ ☐ Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 500 - 4499 g	Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Gewicht ein.
82	Kopfumfang des Kindes	☐ ☐ , ☐ Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 99 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 49 cm	-
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
83	Allgemeinanästhesie	☐ 0 = nein 1 = ja	Die Allgemeinanästhesie entspricht hier einer Intubationsnarkose. Es ist der Schlüsselwert "nein" anzugeben, wenn keine Allgemeinanästhesie, sondern eine andere Anästhesie (wie z. B. eine Regionalanästhesie) durchgeführt wurde. Die Regionalanästhesie entspricht im Sinne einer Leitungsanästhesie der Peridural- sowie Spinalanästhesie.
84	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.
wenn Feld 84 = 1			
85	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	☐ ☐ ☐ , ☐ Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 20 mmol/l	Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende,

		Angabe ohne Warnung: -20 - -0,1 mmol/l	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.
86	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	☐ , ☐ 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".
87	Volumensubstitution	☐ 0 = nein 1 = ja	-
88	Pufferung	☐ 0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine Pufferung des Säuren-Basen-Haushalts beim Kind vorgenommen wurde.
89	Maskenbeatmung	☐ 0 = nein 1 = ja	-
90	O2-Anreicherung	☐ 0 = nein 1 = ja	Wurde dem Kind Sauerstoff über die Raumluft verabreicht, so kreuzen Sie bitte "ja" an. Die Sauerstoff-Anreicherung ist keine Reanimationsmaßnahme wie die Maskenbeatmung und die Intubation und ist daher von diesen beiden Maßnahmen zu unterscheiden.
91	Fehlbildungen	☐ 0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	-
wenn Feld 91 IN (3;4)			

92	Art der Fehlbildung	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ http://www.dimdi.de	-
Bei Totgeburt			
93	Totgeburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz. Bei der Dokumentation ist Absatz 2 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung - PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.htm) zu beachten: (1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. (2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn 1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder 2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...] (3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend. Wenn es sich um einen induzierten Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines toten Feten (unabhängig

			vom Fetalgewicht) handelt, ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.
wenn Feld 93 = 1			
94	Tod vor Klinikaufnahme bei Totgeburt	☐ 0 = nein 1 = ja	-
95	Todeszeitpunkt bei Totgeburt	☐ 1 = Tod ante partum 2 = Tod sub partu 3 = Todeszeitpunkt unbekannt	-
Entlassung / Verlegung			
96	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung	☐ 1 = ausschließlich mit Frauenmilch ernährt 2 = mindestens teilweise mit Frauenmilch ernährt 3 = ausschließlich mit Formula ernährt	1: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung ausschließlich mit Frauenmilch ernährt (Fortifier, Medikamente, Vitamine dürfen zusätzlich aufgenommen werden). 2: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung neben Frauenmilch auch mit Formula ernährt.
97	Kind in Kinderklinik verlegt	☐ 0 = nein 1 = ja	-
98	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	□□.□□.□□□□	Wenn das Kind aus der Geburtsklinik entlassen oder verlegt wird, geben Sie bitte hier das Entlassungs- bzw. Verlegungs-Datum an. Bei Verlegungen geben Sie hier bitte das Datum der Verlegung und nicht das Entlassungsdatum 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.
99	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus der Geburtsklinik Kind	□□:□□	-
100	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose aus der Geburtsklinik Kind	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□	-

		http://www.dimdi.de	
10 1	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	☐ ☐ siehe Schlüssel 4 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
10 2	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	☐ 1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
10 3	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			
10 4	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
10 5	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte stellen Sie sicher, dass bei allen in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen Kindern in diesem Datenfeld "ja" angegeben wird. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich. Bitte prüfen Sie bei Angabe "interne Verlegung" vor Abschluss des Bogens, ob das intern verlegte Kind in ihrem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist. Die Zeitspanne der ersten 7 Lebenstage ist hierbei definiert als Zeitraum von 7 Kalendertagen, unabhängig von der Uhrzeit der Geburt. Dabei wird eine Unschärfe von bis zu unter 24 Stunden in Kauf genommen. Ist das Kind in dieser Zeitspanne nicht verstorben, so kreuzen Sie "nein" an.
10 6	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.

		http://www.dimdi.de	
10 7	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	□□.□□.□□□□	Kalenderdatum, an dem ein lebendgeborenes Kind verstorben ist. Angaben zum Todeszeitpunkt von totgeborenen Kindern können im Datenfeld "Todeszeitpunkt bei Totgeburt" gemacht werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1 "Entbindungsmodus"	Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren. 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. <table> <thead> <tr> <th>OPS-Kode</th><th>Titel</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>5-720.0</td><td>Zangenentbindung: Aus Beckenausgang</td></tr> <tr><td>5-720.1</td><td>Zangenentbindung: Aus Beckenmitte</td></tr> <tr><td>5-720.x</td><td>Zangenentbindung: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-720.y</td><td>Zangenentbindung: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-724</td><td>Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange</td></tr> <tr><td>5-725.0</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Manuell</td></tr> <tr><td>5-725.1</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell</td></tr> <tr><td>5-725.2</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell</td></tr> <tr><td>5-725.x</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-725.y</td><td>Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-727.0</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen</td></tr> <tr><td>5-727.1</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen</td></tr> <tr><td>5-727.2</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe</td></tr> <tr><td>5-727.3</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe</td></tr> <tr><td>5-727.x</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-727.y</td><td>Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-728.0</td><td>Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang</td></tr> <tr><td>5-728.1</td><td>Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte</td></tr> <tr><td>5-728.x</td><td>Vakuummentbindung: Sonstige</td></tr> <tr><td>5-728.y</td><td>Vakuummentbindung: N.n.bez.</td></tr> <tr><td>5-729</td><td>Andere instrumentelle Entbindung</td></tr> <tr><td>5-732.2</td><td>Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen</td></tr> <tr><td>5-732.3</td><td>Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken</td></tr> <tr><td>5-732.4</td><td>Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation</td></tr> <tr><td>5-732.5</td><td>Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling</td></tr> <tr><td>5-740.0</td><td>Klassische Sectio caesarea: Primär</td></tr> <tr><td>5-740.1</td><td>Klassische Sectio caesarea: Sekundär</td></tr> </tbody> </table>	OPS-Kode	Titel	5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang	5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte	5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige	5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.	5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange	5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell	5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell	5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell	5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige	5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.	5-727.0	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen	5-727.1	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen	5-727.2	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe	5-727.3	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe	5-727.x	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige	5-727.y	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	5-728.x	Vakuummentbindung: Sonstige	5-728.y	Vakuummentbindung: 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
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	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang																																																								
5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte																																																								
5-728.x	Vakuummentbindung: Sonstige																																																								
5-728.y	Vakuummentbindung: N.n.bez.																																																								
5-729	Andere instrumentelle Entbindung																																																								
5-732.2	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen																																																								
5-732.3	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken																																																								
5-732.4	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation																																																								
5-732.5	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling																																																								
5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär																																																								
5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär																																																								

5-740.y	Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
5-741.0	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
5-741.1	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
5-741.2	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
5-741.3	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
5-741.4	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision
5-741.5	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
5-741.x	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
5-741.y	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
5-742.0	Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
5-742.1	Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
5-742.y	Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio
5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
5-749.x	Andere Sectio caesarea: Sonstige
5-749.y	Andere Sectio caesarea: N.n.bez.
8-515	Partus mit Manualhilfe
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.
Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2021-2022</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2020</u> <u>2021</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2020-2021</u> aufgenommen worden ist.	

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten) 2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche) 3 = Blutungs-/Thromboseneigung 4 = Allergie 5 = frühere Bluttransfusionen 6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche) 7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme) 8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.) 9 = Diabetes mellitus 10 = Adipositas 11 = Kleinwuchs 12 = Skelettanomalien 13 = Schwangere unter 18 Jahre 14 = Schwangere über 35 Jahre 15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder) 16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung 17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen) 18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g) 19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen 20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese 21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen

	22 = Komplikationen post partum 23 = Z. n. Sectio caesarea 24 = Z. n. anderen Uterusoperationen 25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr) 26 = sonstige anamnestiche oder allgemeine Befunde 27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen 28 = Dauermedikation 29 = Abusus 30 = besondere psychische Belastung 31 = besondere soziale Belastung 32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen 33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr 34 = Placenta praevia 35 = Mehrlingsschwangerschaft 36 = Hydramnion 37 = Oligohydramnie 38 = Terminunklarheit 39 = Placentainsuffizienz 40 = Isthmozervikale Insuffizienz 41 = vorzeitige Wehentätigkeit 42 = Anämie 43 = Harnwegsinfektion 44 = indirekter Coombstest positiv 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90) 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme 49 = Hypotonie 50 = Gestationsdiabetes 51 = Lageanomalie 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf 53 = Hyperemesis 54 = Z. n. HELLP-Syndrom 55 = Z. n. Eklampsie 56 = Z. n. Hypertonie
Schlüssel 2 "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken"	60 = vorzeitiger Blasensprung 61 = Übertragung 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 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 = Nabelschnurvorfal 81 = sonstige Nabelschnurkomplikationen 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken

	85 = Uterusruptur 86 = Querlage/Schräglage 87 = Beckenendlage 88 = hintere Hinterhauptslage 89 = Vorderhauptslage 90 = Gesichtslage/Stirnlage 91 = tiefer Querstand 92 = hoher Geradstand 93 = sonstige regelwidrige Schädelagen 94 = sonstige 95 = HELLP-Syndrom 96 = intrauteriner Fruchttod 97 = pathologischer Dopplerbefund 98 = Schulterdystokie
Schlüssel 3 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
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 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 12 = interne Verlegung 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel

	zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Neonatologie (NEO)

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

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

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

und
keine Diagnosen aus der Liste NEO_ICD_EX

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht
04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2021
2022 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023-2024

Administratives Einschlusskriterium als Formel

```
AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.2021-2022' UND AUFNDATUM <=
'31.12.2021-2022' UND (ENTLDATEM = LEER ODER ENTLDATEM <= '31.12.2022-2023')
```

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	Hirnödeme 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 periventriculäre 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 Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
Q04.4	Septooptische Dysplasie
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet

Q06.0	Amyelie
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks
Q06.2	Diastatomyelie
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	Agnesie 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

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

O03.6	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O03.7	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
O03.8	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O03.9	Spontanabort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
O04.0	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O04.1	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O04.2	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
O04.3	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O04.4	Ärztlich eingeleiteter Abort: Inkomplett, ohne Komplikation
O04.5	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O04.6	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O04.7	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
O04.8	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O04.9	Ärztlich eingeleiteter Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
O05.0	Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O05.1	Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O05.2	Sonstiger Abort: Inkomplett, kompliziert durch Embolie
O05.3	Sonstiger Abort: Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O05.4	Sonstiger Abort: Inkomplett, ohne Komplikation
O05.5	Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
O05.6	Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
O05.7	Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
O05.8	Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
O05.9	Sonstiger Abort: Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
P95	Fetaltod nicht näher bezeichneter Ursache
Z37.1	Totgeborener Einling
Z37.4	Zwillinge, beide totgeboren
Z37.7	Andere Mehrlinge, alle totgeboren

Fachabteilung(en) der Tabelle FAB_GEB

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

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise Neonatologie (NEO)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Versichertenangabe des Kindes http://www.arge-ik.de	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	☐ ☐ Versichertenangabe des Kindes § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Versichertenangabe des Kindes	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 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 Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-	☐ Versichertenangabe des Kindes	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die

	Versichertennummer.	1 = ja	in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. In der Neonatologie kann es außerdem sein, dass die eGK während der Behandlung nicht vorliegt. Liegt für das Kind nur eine Pseudonummer vor, ist dieses Datenfeld ebenfalls mit "ja" zu beantworten. Beim Vorliegen von Pseudonummern ist jedoch darauf zu achten, dass die Felder "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" und "besonderer Personenkreis" möglichst trotzdem dokumentiert werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorgelegt werden.
5. 1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw). <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.

5. 2	Nachname der Mutter liegt nicht vor	☐ 1 = ja	-
6	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vorsatzworte der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vorsatzworte sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Vorsatzworte sind z.B. von, zu, van, von der, unter usw. Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.
7. 1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Schreibweise entsprechend den Vorgaben der eGK	<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw). Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
7. 2	Vorname der Mutter liegt nicht vor	☐ 1 = ja	-
Basisdokumentation			
8	Institutionskennzeichen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung

			für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
10	aufnehmender Standort	□□□□□□□□	Der "aufnehmende Standort" entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.
11	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
12	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
13	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses	□ 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 5 = sonstiges	Hier ist die Versorgungsstufe gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) einzutragen. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
14	Identifikationsnummer des Kindes	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der

			Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Angaben zur Geburt			
16	Mehrlingsgeburt	☐ 0 = nein 1 = ja	Intrauterin absorbierte Feten, die nicht geboren wurden, gelten nicht als Mehrlingsgeburt und werden nicht mitgezählt. Bei zweizeitigen Geburten sind die Kinder aller Geburtszeiten zu addieren.
wenn Mehrlingsgeburt			
17	Anzahl Mehrlinge	☐ ☐ Gültige Angabe: 2 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der Mehrlingsanzahl inkl. Totgeburt(en).
18	laufende Nummer des Mehrlings	☐ ☐ Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2.
19	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	☐ ☐ Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 15 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 20 - 44 Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
20	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	☐ Gültige Angabe: 0 - 6	Möglich sind Werte von 0 bis 6 Tage.
21	Geburtsdatum des Kindes	. .	-
22	Uhrzeit der Geburt	:	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes an. Bitte runden Sie die Uhrzeit nicht, sondern tragen Sie möglichst die minutengenaue Uhrzeit ein. 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.
23	Gewicht des Kindes bei Geburt	 Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Geburtsgewicht ein.
24	Wo wurde das Kind geboren?	☐ 1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport	-
wenn Geburtsort = Geburtsklinik			

25	Transport zur Neonatologie	☐ 0 = kein Transport zur Neonatologie 1 = Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn) 2 = Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	Inborn bedeutet, dass für den Transport des Kindes vom Ort seiner Geburt zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) kein Kraftfahrzeug erforderlich wurde. Outborn bedeutet, dass das Kind mit einem Kraftfahrzeug zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) transportiert wurde. Siehe Strukturvorgaben des G-BA für Perinatalzentren Level 1 und 2 (Anlage 1 zur Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- u. Neugeborenen): "Wand-an-Wand"-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, so dass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist.
wenn Kind verstorben			
26	primär palliative Therapie (ab Geburt)	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint ist, dass entsprechend der Empfehlung der Fachgesellschaften (DGGG, DGKJ, DGPM, GNPI 2014) "Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes" die Entscheidung für eine primär palliative Therapie im Konsens mit den Eltern getroffen wurde. Hier ist die Angabe "ja" nur zu dokumentieren, wenn auf jegliche Therapie (Beatmung, Sauerstoff, antibiotische Therapie) primär verzichtet wurde.
wenn Feld 26 = 1			
27	Kind im Kreißsaal verstorben	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Aufnahme			
28	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	□□.□□.□□□□	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.
29	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	□□:□□	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.
30	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	□□.□□.□□□□ wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb

			desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
31	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	□□:□□	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
32	Aufnahme ins Krankenhaus von	☐ 1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass bei einem Inborn eine Neuaufnahme in der pädiatrischen Abteilung desselben Standortes vorliegt. Dies ist über "eigener Geburtsklinik am gleichen Standort" zu dokumentieren. Externe Geburts- oder Kinderklinik bedeutet, dass das zuverlegende Krankenhaus eine andere IK-Nummer als das jetzt aufnehmende Krankenhaus hat. Beachtet werden soll, dass die Antwortmöglichkeit "3 = externe Klinik als Rückverlegung" Vorrang vor den Antwortmöglichkeiten "1 und 2 = externe Geburts- oder Kinderklinik" hat. Die Antwortmöglichkeit "sonstiges" soll nur genutzt werden, wenn das Kind bspw. während des Transports geboren wurde und anschließend ins Krankenhaus aufgenommen wird. 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			
33	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 32 IN (1;2;3) und wenn Feld 33 = LEER			
34	Institutionskennzeichen des zuverlegenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Hier ist das Institutionskennzeichen des Krankenhauses anzugeben, von dem das Kind übernommen wurde.
wenn Feld 32 IN (1;2;3) und wenn Feld 33 = LEER			
35	entlassender Standort des zuverlegenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Hier ist der Standort des Krankenhauses anzugeben, von dem das Kind übernommen wurde.
36	Gewicht bei Aufnahme	□□□□ Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	Es ist der Wert einzutragen, mit welchem das Kind als Fall im Krankenhaus ausgelöst hat.
wenn Feld 27 IN(0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			

37 .1	Kopfumfang bei Aufnahme	☐ ☐ ☐ Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	Es ist der Kopfumfang zu dem Zeitpunkt gemeint, zu dem das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.
37 .2	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 27 IN(0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
38 .1	Körpertemperatur bei Aufnahme	☐ ☐ ☐ Angabe in: °C Gültige Angabe: 20 - 45 °C Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
38 .2	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	☐ 1 = ja	-
Diagnostik/Therapie			
39	angeborene Erkrankungen	☐ 0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (ICD-Code und ICD-Label): E72.2 Störungen des Harnstoffzyklus P96.0 Angeborene Niereninsuffizienz Q00.0 Anenzephalie Q01 Enzephalozele Q04.2 Holoprosenzephalie-Syndrom Q05 Spina bifida Q20 Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen Q21.3 Fallot-Tetralogie Q22.0 Pulmonalklappenatresie Q22.4 Angeborene Trikuspidalklappenstenose Q22.6 Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom Q23.0 Angeborene Aortenklappenstenose Q23.2 Angeborene Mitralklappenstenose Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom (Hämodynamisch relevant) Q24.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens Q25.1 Koarktation der Aorta Q25.2 Atresie der Aorta Q25.3 Stenose der Aorta (angeboren) Q25.5 Atresie der A. pulmonalis Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen Q30.0 Choanalatresie Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge (Schweres Oligohydramnion / Anhydramnion über mindestens 2 Wochen und vor 32+0 SSW) Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus Q44.6 Angeborene Stenose und

			Strikatur der Gallengänge Q44.7 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallengänge Q60.1 Nierenagenesie, beidseitig Q60.6 Potter-Syndrom Q64.1 Ekstrophie der Harnblase Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita Q77.1 Thanatopore Dysplasie Q78.0 Osteogenesis imperfecta Q79.0 Angeborene Zwerchfellhernie Q79.2 Exomphalus Q79.3 Gastroschisis Q80.4 Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus] Q81.1 Epidermolysis bullosa atrophicans gravis Q89.4 Siamesische Zwillinge Q91.0 Trisomie 18 Q91.1 Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Q91.2 Trisomie 18, Translokation Q91.3 Edwards-Syndrom Q91.4 Trisomie 13, meiotische Non-disjunction Q91.5 Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Q91.6 Trisomie 13, Translokation Q91.7 Patau-Syndrom Q92.7 Triploidie und Polyploidie
wenn Feld 39 = 1			
40	Diagnose der angeborenen Erkrankung	1. □□□.□□ 2. □□□.□□ 3. □□□.□□ 4. □□□.□□ 5. □□□.□□ ICD-10-GM http://www.dimdi.de	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
41	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja	Bildgebung des Schädels, die mit anderen Techniken als dem Sonogramm durchgeführt wurde (z.B. MRT, CT) soll hier nicht dokumentiert werden.
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
42	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	☐ 0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Techniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden. Bitte dokumentieren Sie die maximale Ausprägung der Hämorrhagie. Einteilung der Blutungen in vier Schweregrade nach Papile (1978) modifiziert: • IVH Grad I: subependymale Blutung • IVH Grad II: Ventrikeleinbruchsblutung unter 50% des Ventrikelvolumens

			• IVH Grad III: Ventrikeleinbruchsblutung ab 50% des Ventrikelvolumens • Parenchymatöse Hämorrhagie (PVH) Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Literatur: Papile L-U, et al. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1.500 gm. J Ped 1978, 92(4): 529-34
wenn Feld 42 IN (1;2;3;4)			
43	Status bei Aufnahme	☐ 1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
44	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	☐ 0 = nein 1 = ja	Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Bildgebungstechniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden. Zystische periventrikuläre Leukomalazie wird hier definiert als Nachweis von typischerweise bilateralen periventrikulären Zysten zu irgendeinem Zeitpunkt. Eine Echogenitätsvermehrung ohne Zysten oder Zysten im Bereich einer bekannten IVH werden mit "nein" dokumentiert. Unmittelbar postnatal durchgeführte Ultraschalluntersuchungen erlauben nicht, eine PVL auszuschließen. Seit 2015 ist eine zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.
wenn Feld 44 = 1			
45	Status bei Aufnahme	☐ 1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
46	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	☐ 0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening: Die Untersuchung der Netzhaut ist obligat

			a bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter $\leq$ 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 Feld 46 = 1			
47	Datum des ersten ROP-Screening-Untersuchung	□□.□□.□□□□	Hier ist das Datum der ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten Augenhintergrunduntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings einzutragen.
wenn Feld 46 IN (1;2)			
48	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	☐ maximales Stadium während des stationären Aufenthaltes 0 = nein 1 = Stadium 1 (Demarkationslinie) 2 = Stadium 2 (Prominente Leiste) 3 = Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen) 4 = Stadium 4 (Partielle Amotio retinae) 5 = Stadium 5 (Totale Amotio retinae)	Diese Diagnose ist immer anzugeben, wenn sie während des aktuellen stationären Aufenthaltes aufgetreten ist (auch wenn die Diagnose bereits bei Aufnahme vorlag). Bitte geben Sie das maximale Stadium während des stationären Aufenthaltes an.
wenn Feld 48 > 0			
49	ROP-Status bei Aufnahme	☐ 1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 $\geq$ 22			
50	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)	☐ 0 = nein 1 = ja	Jegliche Sauerstoffzufuhr von mehr als 30 Minuten über 21 % soll dokumentiert werden vom Tage des Beginns bis zum Tage der endgültigen Beendigung. Eine Sauerstoffzufuhr, die nur perioperativ oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert.
wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja			
51	Beginn	□□.□□.□□□□	Es ist das Datum der ersten Sauerstoffzufuhr als Beginn einzutragen.
52	endgültige Beendigung	□□.□□.□□□□	Wenn das Kind mit Sauerstoffbedarf entlassen wird, tragen Sie bitte hier das Entlassungsdatum ein.
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 $\geq$ 22			

53	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	☐ 0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung	Eine Beatmung, die nur perioperativ (bis zu 24 h nach Beendigung der OP) oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert. Zu differenzieren ist hier der Beatmungsweg, nicht die Beatmungsform. Alleinige Durchführung von nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit 1 dokumentiert. Die Durchführung einer HIGH-FLOW-NASAL-CANULA-Therapie (HFNC-Therapie) soll ebenfalls in Antwortmöglichkeit "nur nasale/pharyngeale Beatmung" dokumentiert werden.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt			
54	Beginn	□□.□□.□□□□	Es ist das Datum der ersten Beatmung als Beginn einzutragen.
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt			
55	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	□□.□□.□□□□	Als endgültige Beendigung gilt der Tag der letzten Extubation. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt			
56	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	□□.□□.□□□□	Als endgültige Beendigung gilt der letzte Tag irgendeiner Atemhilfe. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung jeglicher Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
57	Pneumothorax	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten 2 = ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten	Ein Pneumothorax ist immer zu dokumentieren, unabhängig davon, ob er während der Behandlung in der eigenen Neonatologie auftrat oder schon bei stationärer Aufnahme bestand. Ausnahme: eine Rest-Luftansammlung nach Thorakotomie soll hier nicht als Pneumothorax dokumentiert werden. Ein Pneumothorax ist auch dann zu dokumentieren, wenn er sehr klein war, nur zufällig entdeckt und nicht behandelt wurde. Zu Atemhilfe/Beatmung zählen alle Formen invasiver (über Intratrachealtubus) Beatmung und alle Formen nichtinvasiver Atemhilfe und Beatmung, wie

			Beutelbeatmung, Perivent, nasaler / pharyngealer CPAP, nasale / pharyngeale NIV, nasale / pharyngeale HFO, HFNC etc.
wenn Feld 57 IN (1;2)			
58	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax	☐ 1 = während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten 2 = bei Aufnahme aus dem Kreißsaal / der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes 3 = bei Verlegung aus der Neonatologie / Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend	Wenn während des aktuellen Aufenthaltes mehrere Pneumothoraces auftraten, sollen die Modalitäten des ersten Pneumothorax dokumentiert werden.
59	Behandlung des Pneumothorax	☐ 0 = nein, keine Punktion oder Drainage 1 = ja, Einmalpunktion 2 = ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
60	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	☐ mit erhöhtem Sauerstoffbedarf im Alter von 36 Wochen p. m. 0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: • 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 >= 90% aufzuweisen, die Diagnose BPD angegeben werden soll (Evidenzgrad V). Die milde

			Form der BPD (FiO₂ ≥ 22% für wenigstens 28 Tage, aber kein Sauerstoffbedarf mit 36 SSW) wird nicht separat erhoben. Zur Diagnostik soll hierbei der Belastungstest ("Raumlufittest") nach Walsh dienen. Gemäß den NIH-Kriterien soll zwischen einer moderaten (FiO₂ = 22-29%) und einer schweren (FiO₂ ≥ 30% und/oder Beatmung/CPAP) Form unterschieden werden. Wird ein Kind vor 36 SSW pm nach Hause entlassen, gilt der Status bei Entlassung. Für Frühgeborene ≥ 32 SSW wird anstelle der Grenze von 36 SSW pm ein postnatales Alter von 8 Wochen verwandt. Literatur: Walsh MC, Yao Q, Gettner P, Hale E et al. Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates. Pediatrics 2004; 114 (5): 1305-1311.
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 ≥ 22			
61	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	☐ 0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	Für die Diagnose einer perinatalen Hypoxie/Ischämie müssen sowohl Anzeichen von fetalem Stress als auch mindestens einer der folgenden Parameter vorliegen: pH-Wert unter 7,0 oder Basendefizit kleiner -16,0 mmol/l, jeweils gemessen aus Nabelarterie oder kindlichem Blut innerhalb der ersten 60 Lebensminuten, oder 5-Minuten-Apgar unter 6. (Literatur: Al Nageeb N, Edwards AD, Cowan FM, Azzopardi D. Assessment of neonatal encephalopathy by amplitude-integrated electroencephalography. Pediatrics 1999 Jun; 103(6): 1263-71. Seetha Shakaran S et al. Whole-Body Hypoemia for Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. N Engl J Med 2005; 353:1574-84.)
wenn Feld 61 IN (1;2)			
62	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: • 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.
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
63	Sepsis	☐ 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.: • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden

			• Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) • Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) • Fieber ($>38^{\circ}\text{C}$) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie ($<36.5^{\circ}\text{C}$) • unerklärte metabolische Azidose ($\text{BE} < -10 \text{ mval/l}$) • Tachykardie ($> 200/\text{min}$) oder neu/vermehrte Bradykardien ($<80/\text{min}$) • neu aufgetretene Hyperglykämie ($>140\text{mg/dl}$) • Rekapillarierungszeit $>2\text{s}$ (RKZ) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) ($>20\text{s}$) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur

		gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*) Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • Rekapillarisierungszeit (RKZ) >2s • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen

		Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache) • CRP >2,0mg/dl oder Interleukin** • Thrombozyten < 100/nl • I/T-Ratio >0,2 (unreife Granulozyten / gesamt Granulozyten) • Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • unerklärte metabolische Azidose (BE 10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarisierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • Rekapillarisierungszeit >2s • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6

			und/oder 8. NRZ 2016 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.
wenn Sepsis = ja			
64	Datum des Sepsis-Beginns	□□.□□.□□□□	Hier ist das Datum der ersten Sepsis im aktuellen Aufenthalt anzugeben.
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
65	Pneumonie	☐ 0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: • 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. Es gilt die Pneumonie-Definition des Surveillance-Protokolls NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes): Für die Diagnose einer Pneumonie wird ein radiologischer Befund in Kombination mit einer Verschlechterung der Oxygenierung und zusätzlich vier weitere klinische/laborchemische Zeichen gefordert: EINEN radiologischen Befund • Neues oder progressives Infiltrat • Verschattung

		• Flüssigkeit im Interlobär- oder Pleuraspalt UND Verschlechterung des Gasaustausches, Sättigungsabfall UND VIER der folgenden Kriterien: • neu auftretende bzw. vermehrte Bradykardie ($< 80/\text{min}$) oder neu/vermehrte Tachykardie ($> 200/\text{min}$) • neu/vermehrte Tachypnoe ($> 60/\text{min}$) oder neu/vermehrte Apnoe ($> 20\text{ s}$) • eitriges Trachealsekret • Keim aus Trachealsekret • neu/vermehrte Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügeln, Stöhnen) • Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie • Vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen) • CRP $> 2.0\text{ mg/dl}$ oder Interleukin* • I/T-Ratio > 0.2 <u>Hinweise für Pneumonie-Definition:</u> • Verschlechterung des Gasaustausches - o Anstieg FiO_2-Bedarf $> 10\%$ innerhalb von 24 h oder - o Beginn einer mechanischen Ventilation • Eitriges Trachealsekret - o Sekret aus tiefen Atemwegen mit ≥ 25 neutrophile Granulozyten und ≤ 10 Epithelzellen pro Gesichtsfeld (x100) *Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind,

			gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. NRZ 2016 Hinweis: Pneumonien sind unabhängig von einer wie in der Neo-KISS-Erfassung definierten Gewichtsgrenze von 1800 g zu dokumentieren.								
wenn Pneumonie = ja											
66	Datum des Pneumonie - Beginns	□□.□□.□□□□	Hier ist das Datum der ersten Pneumonie im aktuellen Aufenthalt anzugeben.								
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22											
67	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) ☐ 0 = nein 1 = ja		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 II hier "nein" zu dokumentieren. Modifizierte Bell-Klassifikation der NEK: <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> Seit 2015 ist eine Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Literatur: Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, Brotherton T. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. Ann Surg 1978; 187 (1): 1-7	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										

			Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. <i>Pediatric Clinics of North America</i> 1986; 33 (1):179-201 Lin PW, Stoll BJ. Necrotising enterocolitis. <i>The Lancet</i> 2006; 368 (9543): 1271-83
wenn Feld 67 = 1			
68	Status bei Aufnahme	☐ 1 = NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEK lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
69	fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier ist eine umschriebene fokale Perforation zu dokumentieren, wenn keine weiteren entzündlichen oder nekrotischen Veränderungen an anderer Stelle des Darms (im Sinne einer NEK) vorliegen.
wenn Feld 69 = 1			
70	Status bei Aufnahme	☐ 1 = FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
71	Neugeborenen-Hörscreening	☐ 0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Wenn in Ihrem Krankenhaus während des aktuellen stationären Aufenthaltes ein Hörtest durchgeführt wurde im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings, dokumentieren Sie bitte "ja", im aktuellen Aufenthalt". Wurde in einem vorherigen Aufenthalt ein Hörtest im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings durchgeführt, dokumentieren Sie bitte "ja, in einem vorherigen Aufenthalt". Sofern im aktuellen als auch im vorherigen Aufenthalt ein Hörtest durchgeführt wurde, dokumentieren Sie bitte "ja, im aktuellen Aufenthalt".
Operation(en) und Prozeduren			
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
72	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja			
73.1	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	☐ 0 = nein 1 = ja, Lasertherapie oder Kryotherapie 2 = ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie 3 = ja, sonstige	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine ROP-OP oder Therapie während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
73.2	OP oder Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	☐	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine NEK-OP oder Therapie während des aktuellen

		0 = nein, keine invasive Intervention 1 = ja, Laparotomie 2 = ja, Drainage/Lavage 3 = ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
73 .3	OP eines Hydrozephalus	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine OP eines Hydrozephalus während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
Entlassung / Verlegung			
74	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	□□.□□.□□□□	-
75	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	□□:□□	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
76	Körpergewicht bei Entlassung	□□□□ Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: >= 500 g	-
wenn Feld 27 IN(0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
77 .1	Kopfumfang bei Entlassung	□□,□ Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	-
77 .2	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
78	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf	☐ 0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob das Kind mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf entlassen oder verlegt wurde.
79	Entlassungsgrund	☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	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 Feld 79 IN ('06';'08') und wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 19 >= 22			
80	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	☐ 1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
81	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			

82	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	□□□□□□□□	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
wenn Entlassungsgrund = Tod			
83	Todesursache	□□□.□□ http://www.dimdi.de	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
84	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	1.□□□.□□ 2.□□□.□□ 3.□□□.□□ 4.□□□.□□ 5.□□□.□□ 6.□□□.□□ 7.□□□.□□ 8.□□□.□□ 9.□□□.□□ 10.□□□.□□ ... 30.□□□.□□ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM http://www.dimdi.de	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

Textdefinition

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

Algorithmus

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

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

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (=vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 202~~2~~⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~2~~⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~³' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~4~~³')

Diagnose(n) der Tabelle SH_ICD

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

Diagnose(n) der Tabelle SH_ICD_EX

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

C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.02	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthrititis, 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
- S02.0 Schädeldachfraktur
- S02.1 Schädelbasisfraktur
- S02.2 Nasenbeinfraktur
- S02.3 Fraktur des Orbitabodens
- S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers
- S02.60 Unterkieferfraktur: Teil nicht näher bezeichnet
- S02.61 Unterkieferfraktur: Processus condylaris
- S02.62 Unterkieferfraktur: Subkondylär
- S02.63 Unterkieferfraktur: Processus coronoideus
- S02.64 Unterkieferfraktur: Ramus mandibulae, nicht näher bezeichnet
- S02.65 Unterkieferfraktur: Angulus mandibulae
- S02.66 Unterkieferfraktur: Symphysis mandibulae
- S02.67 Unterkieferfraktur: Pars alveolaris
- S02.68 Unterkieferfraktur: Corpus mandibulae, sonstige und nicht näher bezeichnete Teile
- S02.69 Unterkieferfraktur: Mehrere Teile
- S02.7 Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- S02.8 Frakturen sonstiger Schädel- und Gesichtsschädelknochen
- S02.9 Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet
- S04.0 Sehnerv- und Sehbahnenverletzung
- S04.1 Verletzung des N. oculomotorius

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

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

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

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

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

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

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

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

Prozedur(en) der Tabelle SH_OPS**OPS-Kode Titel**

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

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

Prozedur(en) der Tabelle SH_OPS_EX**OPS-Kode Titel**

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

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 202~~4~~² und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~4~~²' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~²' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~²')

Diagnose(n) der Tabelle HEP_ICD_EX

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

- M08.06 Juvenile chronische 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
- 5-821.1x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige
- 5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
- 5-821.22 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.24 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.25 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
- 5-821.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.27 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.28 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige
- 5-821.30 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.31 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.32 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.3x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.43 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige
- 5-821.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert
- 5-821.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
- 5-821.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
- 5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese
- 5-821.5x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): Sonstige

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

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)

Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Hüftendoprothese

Algorithmus

Algorithmus als Formel

PROZ EINSIN TEP_OPS UND PROZ KEINSIN EP_WE_TEP_OPS UND DIAG KEINSIN HEP_ICD_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TEP_OPS
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle EP_WE_TEP_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 202~~4~~² und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~4~~²' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~²' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~⁴')

Diagnose(n) der Tabelle HEP_ICD_EX

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

- M08.05 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthrititis, 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 EP WE TEP OPS

OPS-Kode Titel

5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)

Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit einem Hüftendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Hüftendoprothese nach vorheriger Explantation

Algorithmus

Algorithmus als Formel

(PROZ EINSIN TEPWEC_OPS ODER (PROZ EINSIN TEP_OPS UND PROZ EINSIN EP_WE_TEP_OPS)) UND DIAG KEINSIN HEP_ICD_EX UND ALTER >= 18

Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TEPWEC_OPS
oder
(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle TEP_OPS
und
eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle EP_WE_TEP_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 202~~2~~⁴ und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~4~~³

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~2~~⁴' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~³' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~4~~³')

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 Polyarthritis, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

- M08.02 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.03 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.04 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.05 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthrititis, 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 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 (teilstementiert)
5-821.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese
5-821.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige
5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
5-821.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes

- [illegible]

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

Prozedur(en) der Tabelle TEP OPS

OPS-Kode Titel

- 5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert
- 5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert
- 5-820.02 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.20 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert
- 5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert
- 5-820.22 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.30 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert
- 5-820.31 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert
- 5-820.40 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert
- 5-820.41 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert
- 5-820.80 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert
- 5-820.81 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Zementiert
- 5-820.82 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)
- 5-820.92 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaff-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, nicht zementiert
- 5-820.93 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaff-Femurkopfprothese: Ohne Pfannenprothese, zementiert
- 5-820.94 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaff-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert
- 5-820.95 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaff-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert
- 5-820.96 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaff-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 EP_WE_TEP OPS

OPS-Kode Titel

- 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

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

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
Basis (B)			
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 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 vorgelegt werden.
2	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
3	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.

4	Betriebsstätten-Nummer	 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.
5	Fachabteilung	 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
6	Identifikationsnummer des Patienten		Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Aufnahmedatum Krankenhaus		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.~~2024~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2024~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2024~~<u>2022</u> bis zum 20.01.~~2024~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2024~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2024~~<u>2022</u>.
8	Aufnahmeuhrzeit Krankenhaus		-

9	Geburtsdatum	□□.□□.□□□□	-
10	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
11	Wurde bereits vor dem Datum des Eingriffs eine Osteosynthese am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Osteosynthesen an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation mit osteosynthetischer Versorgung, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
12	vorbestehende Koxarthrose	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) (z.B. ICD 10 M16.-) festgestellt wurde.
13	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	☐ Inhouse-Sturz 0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert "ja" ist ausschließlich anzugeben, wenn die Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausesinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.
wenn Feld 13 = 1			
14	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	□□.□□.□□□□	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während des stationären Krankenhausaufenthaltes gestürzt ist.
15	Zeitpunkt der Fraktur	□□:□□	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
16	Frakturlokalisation	☐ 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
wenn Feld 16 = 1			
17	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	☐ 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation • Garden I (Abduktionsfraktur) • Garden II (unverschoben) • Garden III (verschoben) • Garden IV (komplett verschoben)
18	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie	☐	-

	aufgenommen	0 = nein 1 = ja	
wenn Feld 18 = 1			
19.1	Vitamin-K-Antagonisten	☐ z.B. Phenprocoumon, Warfarin 1 = ja	-
19.2	Thrombozytenaggregationshemmer	☐ z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure 1 = ja	-
19.3	DOAK/NOAK	☐ z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban 1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
19.4	sonstige	☐ 1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter "sonstige" zu dokumentieren.
20	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe "500m" bzw. "Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
21	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 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.
22	Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es

			treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
23	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	☐ 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. Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.
24	Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt	☐ gemäß OPS 9-984.b 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Code nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b "Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad."
Präoperative Befunde			
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher 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) [...]"
26	Wundkontaminationsklassifikation	☐ 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. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. 3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung. 4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ

			mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)
Operation			
27	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
28	Beginn des Eingriffs	□□:□□ Hautschnitt	Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert
29	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Nahtzeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 10 Minuten Angabe ohne Warnung: 15 - 240 Minuten	-
30	Prozedur(en)	1.□-□□□.□□ 2.□-□□□.□□ 3.□-□□□.□□ 4.□-□□□.□□ 5.□-□□□.□□ 6.□-□□□.□□ 7.□-□□□.□□ 8.□-□□□.□□ 9.□-□□□.□□ 10.□-□□□.□□ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen 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) 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. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 202~~2~~³ durchgeführte

			Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2024~~ 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2024~~ 2022 aufgenommen worden ist.
31	Operationsverfahren	☐ 1 = DHS, Winkelplatte 2 = intramedulläre Stabilisierung (z.B. PFN, Gamma-Nagel) 3 = Verschraubung 9 = sonstige	-
Intra- und postoperativer Verlauf			
32	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 32 = 1			
33.1	primäre Implantatfehlage	☐ 1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht.
33.2	sekundäre Implantatdislokation	☐ 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out)
33.3	Nachblutung/Wundhämatom	☐ 1 = ja	-
33.4	Gefäßläsion	☐ 1 = ja	-
33.5	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	☐ 1 = ja	-
33.6	Fraktur	☐ 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind.
33.7	Wunddehiszenz	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier das behandlungsbedürftige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
33.8	sekundäre Nekrose der Wundränder	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier die behandlungsbedürftige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
33.9	sonstige spezifische behandlungsbedürftige	☐	Gemeint sind hier sonstige postoperative und

	Komplikationen	1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.
34	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 34 = 1			
35	Wundinfektionstiefe	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszien- und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.
wenn Feld 32 = 1 oder wenn Feld 34 = 1			
36	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms
37	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 37 = 1			
38.1	Pneumonie	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für

		Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Infektionen der Unteren Atemwege C 1 a - C 1 c Pneumonie C 1 a Klinisch definierte Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>zwei</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de). C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie Mindestens eines der folgenden

		Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Erregernachweis im Blut ▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit ▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste ▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen ▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym ▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhypen oder Pseudohypen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen C 1 c Atypische Pneumonie Mindestens eines der folgenden

			Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung und mindestens eines der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens eines der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens eines der folgenden: ▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
38.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	☐ 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).

			Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
38.3	tiefe Bein- /Beckenvenenthrombose	☐ 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
38.4	Lungenembolie	☐ 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
38.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions- Surveillance-System (KISS- Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Harnwegsinfektionen D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur $\geq$ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat mindestens <u>eines</u> der folgenden Symptome: • Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) • suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache) • Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache) • Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter) D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur mit

			≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion: • kein Fieber • kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür) • keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür) • kein Harndrang • keine erhöhte Miktionsfrequenz • keine Dysurie und Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen: ► Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n ► Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt ► Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Fieber (> 38 °C) • lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle und mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle • Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)

38.6	Schlaganfall	☐ 1 = ja	-
38.7	akute gastrointestinale Blutung	☐ 1 = ja	-
38.8	akute Niereninsuffizienz	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 37 = 1			
38.9	Delir, akute delirante Symptomatik	☐ gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf 1 = ja	-
wenn Feld 37 = 1			
38.10	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	☐ 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
wenn Feld 38.9 = 1			
39	Demenz	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren			
40	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten erfolgt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
41	Wurden multimodale, individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	☐ siehe z.B. Pflegedokumentation 0 = nein 1 = ja	-
Gehfähigkeit bei Entlassung			
42	Gehstrecke bei Entlassung	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 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. Die Angabe "500m" bzw. "Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die

			Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
43	Gehhilfen bei Entlassung	☐ 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
44	Treppensteigen bei Entlassung	☐ 1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
Entlassung Krankenhaus			
45	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01. <u>2024</u> <u>2022</u> bis zum 10.01. <u>2024</u> <u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom

			15.01. ~~2024~~ ~~2022~~ bis zum 20.01. ~~2024~~ ~~2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2024~~ ~~2022~~ , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2024~~ ~~2022~~
46	Entlassungsgrund	☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
47	Entlassungsdiagnose(n)	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ 6. ☐ ☐ ☐ ☐ 7. ☐ ☐ ☐ ☐ 8. ☐ ☐ ☐ ☐ 9. ☐ ☐ ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ☐ ☐ ... 30. ☐ ☐ ☐ ☐ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022~~ ~~2023~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2024~~ ~~2022~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2024~~ ~~2022~~ aufgenommen worden ist.
48	geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung	☐ gemäß OPS 8-550.- 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
49	Versorgung bei Polytrauma	☐ gemäß OPS 5-982.- 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung

	14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der

			Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de 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.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation

			durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2024~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2024~~ <u>2022</u>

			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> .
12	Aufnahmezeit Krankenhaus	☐ ☐ . ☐ ☐	-
13	Aufnahmegrund	☐ ☐ 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	-
14	Geburtsdatum	☐ ☐ . ☐ ☐ . ☐ ☐ ☐ ☐	-
15	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
16	Gehstrecke (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe "500m" bzw. "Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
17	verwendete Gehhilfen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 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.
18	Treppensteigen (vor Aufnahme bzw. vor der Fraktur)	☐ 1 = selbständiges	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual.

		Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
19	Liegt bei dem Patienten bei Aufnahme ein Pflegegrad vor?	☐ 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. Es ist der Pflegegrad anzugeben, der bei Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus bereits vorliegt und in den der Patient durch den MDK eingestuft wurde.
20	Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad ist während des Krankenhausaufenthaltes erfolgt	☐ (OPS 9-984.b) 0 = nein 1 = ja	Achtung! Diese Information entstammt der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen und soll automatisch aus den Routinedaten Ihres Hauses übernommen werden. "Ja" wird aus den Routinedaten generiert, wenn folgender Kode nach OPS-DIMDI vorliegt: 9-984.b "Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad."
Auslösende OPS-Kodes			
21	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ ... 15. □-□□□.□□ alle auslösenden Kodes und ggf. der Zusatzkode 5-829.n http://www.dimdi.de	<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorbelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze. Siehe Anmerkung 1
Prozedur (PROZ)			
Prozedur			

Eingriff			
22	Wievielter operativer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes können verschiedene dokumentationspflichtige operative Eingriffe (OPS =5-82) während eines Aufenthaltes unterschieden werden. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
23	zu operierende Seite	☐ 1 = rechts 2 = links	Entgegen der Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung "beidseits" vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
wenn Feld 31 KEINSIN OPS_TotalendoWec			
24	Koxarthrose	☐ 0 = nein 1 = ja	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes) (z.B. ICD 10 M16.-) festgestellt wurde.
25	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: "ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) 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) [...]"
26	Wundkontaminationsklassifikation	☐ nach Definition der CDC	Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien

		1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP. 2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. 3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung. 4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem

			Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)
Operation			
27	Art des Eingriffs	☐ 1 = endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 2 = elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation 3 = Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels 4 = Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels	<u>"endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur":</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>"elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation":</u> Im Teildatensatz "elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation" werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder Fälle mit Cut-out, Pseudarthrose, posttraumatische Hüftkopfnekrosen oder einer verzögerten Frakturheilung nach einer Osteosynthese dokumentiert, die einen ersten Hüftgelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten. <u>"Reimplantation im Rahmen eines einzeitigen Wechsels" bzw. "Reimplantation im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels":</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.
28	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
29	Beginn des Eingriffs	□□:□□ Hautschnitt	Es wird die Schnittzeit als OP-Beginn dokumentiert
30	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15	-

		Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	
31	Prozedur(en)	1. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 2. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 3. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 4. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 5. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 6. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 7. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 8. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 9. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 10. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe 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 5-820.00 (Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Hüft-Endoprothese ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-820.00:R, 5-820.00:L oder 5-820.00:B. Die Dokumentation des Kodes 5-820.00 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog. Im Jahr ~~2022~~ 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2024~~ 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. ~~2024~~ 2022 aufgenommen worden ist.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (F)			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Anzahl der Eingriffe			
32	Wievielte endoprothetische Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
33	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
34	Femurfraktur ereignete sich während des Krankenhausaufenthaltes	☐ Inhouse-Sturz	Der Schlüsselwert "ja" ist ausschließlich anzugeben, wenn die

		0 = nein 1 = ja	Fraktur während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes (z.B. durch ein krankenhausesinternes Unfallgeschehen = Inhouse Sturz) entstanden ist.
wenn Feld 34 = 1			
35	Datum der Fraktur (nur bei Frakturen während des stationären Krankenhausaufenthaltes)	□□.□□.□□□□	Datum des krankenhausesinternen Unfallgeschehens. Das Datenfeld ist auszufüllen, wenn der Patient nicht primär wegen einer Fraktur aufgenommen wurde, sondern während des stationären Krankenhausaufenthaltes gestürzt ist.
36	Zeitpunkt der Fraktur	□□:□□	Zeitpunkt des krankenhausesinternen Unfallgeschehens
37	Frakturlokalisation	□ 1 = medial 2 = lateral 3 = pertrochantär 9 = sonstige	-
wenn Feld 37 = 1			
38	hüftgelenknahe Femurfraktur - Einteilung nach Garden	□ 1 = Abduktionsfraktur 2 = unverschoben 3 = verschoben 4 = komplett verschoben	Garden-Klassifikation • Garden I (Abduktionsfraktur) • Garden II (unverschoben) • Garden III (verschoben) • Garden IV (komplett verschoben)
39	Patient wurde mit antithrombotischer Dauertherapie aufgenommen	□ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 39 = 1			
40.1	Vitamin-K-Antagonisten	□ z.B. Phenprocoumon, Warfarin 1 = ja	-
40.2	Thrombozytenaggregationshemmer	□ z.B. Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Acetylsalicylsäure 1 = ja	-
40.3	DOAK/NOAK	□ z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban 1 = ja	DOAK/NOAK = direkte bzw. neue orale Antikoagulantien
40.4	sonstige	□ 1 = ja	Nicht aufgeführte duale antithrombotische Therapie ist unter "sonstige" zu dokumentieren.
Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation (E)			
Elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation			
Anzahl der Eingriffe			
41	Wievielte elektive Hüftendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	□□ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-

Präoperative Anamnese			
42	Wurde eine Voroperation am betroffenen Hüftgelenk oder hüftgelenknah durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Osteosynthesen) an den gelenkbildenden sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Hüftgelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
wenn Feld 42 = 1			
43	Indikation "mechanisches Versagen durch Pseudarthrose oder Cut out" liegt vor	☐ 0 = nein 1 = ja	Wurde bereits vor der Endoprothesenimplantation eine Osteosynthese durchgeführt, die eine Pseudarthrose bzw. Cut out zur Folge hatte, bitte diese Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation bestätigen.
44	Indikation „Posttraumatische Hüftkopfnekrose“ liegt vor	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind hier die Knochennekrosen am Hüftgelenk nach vorangegangenem Trauma im Becken oder Oberschenkelbereich.
45	Schmerzen	☐ 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
Präoperativer Bewegungsumfang			
46	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bestimmt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Neutral-0-Methode* (Angabe in Grad) 1. Zahl: Vom Körper weggeführte Bewegung 2. Zahl: 0-Stellung (falls nicht erreicht, 1. bzw. 3. Zahl) 3. Zahl: Zur Körpermitte hinführende Bewegung Bewegungsmaße Hüfte Gradeinteilung* (Beispiel) Extension/Flexion 15°/0°/140° Ab- / Adduktion 45°/0°/ 30° Außen-/Innenrotation 40°/0°/ 50° Beispiel für ein Streckdefizit: 0°/5°/140° * (vgl. Gerhardt und Rippstein 1993, SFTRDokumentierung, Müller 2000/01, Chirurgie für Studium und Praxis, 5. Auflage)
wenn Feld 46 = 1			
47	Extension/Flexion 1	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 15 Grad	-
48	Extension/Flexion 2	☐ ☐ ☐ Angabe in: Grad	-

		Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	
49	Extension/Flexion 3	☐ ☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 140 Grad	-
50	Ab-/Adduktion 1	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
51	Ab-/Adduktion 2	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
52	Ab-/Adduktion 3	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 45 Grad	-
53	Außen-/Innenrotation 1	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
54	Außen-/Innenrotation 2	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
55	Außen-/Innenrotation 3	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 50 Grad	-
Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score			
56	Osteophyten	☐ 0 = keine oder fraglich 1 = eindeutig 2 = große	-
57	Gelenkspalt	☐ 0 = nicht oder fraglich verschmälert 1 = eindeutig verschmälert 2 = fortgeschritten verschmälert 3 = aufgehoben	-
58	Sklerose	☐ 0 = keine Sklerose 1 = leichte Sklerose 2 = leichte Sklerose mit Zystenbildung 3 = Sklerose mit Zysten	-
59	Deformierung	☐ 0 = keine Deformierung 1 = leichte Deformierung 2 = deutliche Deformierung	-
Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
60	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	☐ 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 60 = 1			
61	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	☐ 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal Grad 1 = geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung Grad 2 = definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat Grad 3 = deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden Grad 4 = schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5 = Mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich (Rau R, Wassenberg S.: Scoringmethoden bei der rheumatoiden Arthritis. In: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (ed.). Bildgebende Verfahren in der Rheumatologie. Steinkopff 2007:27-46)
Atraumatische Femurkopfnekrose			
62	Liegt eine atraumatische Femurkopfnekrose als Indikation vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 62 = 1			
63	atraumatische Femurkopfnekrose nach ARCO-Klassifikation	☐ 0 = Stadium 0 1 = Stadium I 2 = Stadium II 3 = Stadium III 4 = Stadium IV	Stadium und Klinik, Pathologie, Bildgebung: Stadium 0: - Normalbefund im Röntgenbild, MRT und Szintigraphie - Nekrosezeichen in der Histologie Stadium I - normales Röntgenbild/CT - pathologischer MR- oder Szintigraphiebefund - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkopfkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) Stadium II - im Röntgenbild Strukturveränderungen des

			Knochens ohne Konturveränderungen des Femurkopfes - normaler Gelenkspalt - Hüftkopfnekrose-spezifische MR-Befunde - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral) und Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) Stadium III - im Röntgenbild Knochenstrukturveränderungen mit subchondraler Fraktur in Form einer sichelförmigen Aufhellungszone ("crescent sign") - Kontur des Femurkopfes flacht sich ab - normal weiter Gelenkspalt - Subklassifikation nach betroffenem Femurkopfanteil (lateral, medial oder ventral), Größe der beteiligten Femurkop fzirkumferenz (< 15 %, 15-30 %, > 30 %) und Ausmaß der Kopfabflachung (< 2 mm, 2-4 mm, > 4 mm). Stadium IV - Entwicklung einer Arthrosis deformans - Abflachung des Hüftkopfes - Gelenkspaltverschmälerung
Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)			
Wechsel bzw. Komponentenwechsel			
Anzahl der Eingriffe			
64	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	-
Präoperative Anamnese			
65	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	☐ 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
Erreger-/Infektionsnachweis			
66	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	☐ 0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffs / der Explantation anzugeben.
67	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	☐ 0 = nicht durchgeführt	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die

		1 = durchgeführt, negativ 2 = durchgeführt, positiv	Bebrütung über mindestens 14 Tage erfolgt ist. Der Erregernachweis ist auch gegeben, wenn vor Ablauf der 14 Tage oder durch einen Schnelltest ein positiver Keimnachweis vorlag. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen mikrobiologischen Ergebnisse des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
Röntgendiagnostik/Klinische Befunde			
68	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffs/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 68 = 1			
69.1	Implantatbruch	☐ 1 = ja	Dies umfasst auch Keramikkopfberstung.
69.2	Implantatabrieb/-verschleiß	☐ 1 = ja	-
69.3	Implantatfehlage der Pfanne	☐ 1 = ja	-
69.4	Implantatfehlage des Schafts	☐ 1 = ja	-
69.5	Lockerung der Pfannenkomponente	☐ 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
69.6	Lockerung der Schaftkomponente	☐ 1 = ja	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
69.7	periprotetische Fraktur	☐ 1 = ja	-
69.8	Endoprothesen(sub)luxation	☐ 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Endoprothesen(sub)luxationen ohne röntgenologischen Zeichen zu dokumentieren.
69.9	Knochendefekt Pfanne	☐ 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
69.10	Knochendefekt des Femurs (ab distal des trochanter minors)	☐ 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
69.11	Gelenkpfannenentzündung mit Defekt des Knorpels (Cotyloiditis) z.B. nach Duokopfprothesenimplantation	☐ 1 = ja	-
69.12	periartikuläre Ossifikation	☐ Grad 3 oder 4 nach Brooker 1 = ja	Zu dokumentieren sind nur die periartikulären Ossifikationen nach Brooker Grad 3 und 4. Brooker-Klassifikation der heterotopen Knochenbildung: Grad 0 = keine Ossifikation, Grad 1 = eine oder zwei Knocheninseln in den Weichteilen von jeweils weniger als 1 cm Durchmesser, Grad 2 = ausgedehntere Knocheninseln oder

			Knochenspannen vom Becken oder proximalen Femur, die weniger als die Hälfte des Abstandes zwischen Femur und Becken einnehmen, Grad 3 = Ossifikation, die mehr als die Hälfte des Abstands zwischen Femur und Becken einnimmt, den Abstand aber nicht überbrückt, Grad 4 = knöcherne Spange zwischen Becken und Femur [Vgl. Fransen, M., Neal, B.: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for preventing heterotopic bone formation after hip arthroplasty. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3; Stand 2009]
69.13	andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	☐ 1 = ja	-
Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
70	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 70 = 1			
71.1	primäre Implantatfehlage	☐ 1 = ja	Primäre Lage des Implantates oder von Teilen des Implantates, die eine Reoperation notwendig macht. Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint, sondern z.B. die Perforation.
71.2	sekundäre Implantatdislokation	☐ 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte (z.B. cut out). Hiermit ist nicht die klassische Endoprothesenluxation gemeint.
71.3	offene und geschlossene reponierte Endoprothesen(sub)luxation	☐ 1 = ja	Dokumentiert werden soll hier jede postoperative Luxation, egal ob sie offen oder geschlossen reponiert werden muss.
71.4	Nachblutung/Wundhämatom	☐ 1 = ja	-
71.5	Gefäßläsion	☐ 1 = ja	-
71.6	bei Entlassung persistierender motorischer Nervenschaden	☐ 1 = ja	-
71.7	periprotehetische Fraktur	☐ 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären

			Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen beispielsweise Frakturen, die infolge eines Sturzes oder die nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte (entsprechend DIMDI ICD 10 M96.6) entstanden sind.
71.8	Wunddehiszenz	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier das behandlungsbedürftige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71.9	sekundäre Nekrose der Wundränder	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier die behandlungsbedürftige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
71.10	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	☐ 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.
72	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 72 = 1			
73	Wundinfektionstiefe	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszien-schicht und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.
wenn Feld 70 = 1 oder wenn Feld 72 = 1			

74	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.
Basis (B)			
Basisdokumentation			
Intra- und postoperativer Verlauf			
75	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 75 = 1			
76.1	Pneumonie	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Infektionen der Unteren Atemwege C 1 a - C 1 c Pneumonie C 1 a Klinisch definierte Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>zwei</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe,

			Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de). C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens <u>eines</u> der

		folgenden: ▶ Erregernachweis im Blut ▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit ▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste ▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen ▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym ▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen C 1 c Atypische Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung und mindestens eines der folgenden: ▶ Fieber $> 38^{\circ}\text{C}$ ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens eines der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens eines der folgenden: ▶ Nachweis von Viren,

			Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ► 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ► 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ► Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
76.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	☐ 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
76.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	☐ 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
76.4	Lungenembolie	☐ 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
76.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Harnwegsinfektionen D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur ≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat mindestens eines der folgenden Symptome: • Fieber ($> 38^\circ\text{C}$) • suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache) • Schmerzen oder Spannungsgefühl im

			costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache) • Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter) D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur mit $\geq 10^5$ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion: • kein Fieber • kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür) • keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür) • kein Harndrang • keine erhöhte Miktionsfrequenz • keine Dysurie und Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen: ► Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n ► Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch

			histopathologische Untersuchung festgestellt ► Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Fieber (> 38 °C) • lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle und mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle • Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)
76.6	Schlaganfall	☐ 1 = ja	-
76.7	akute gastrointestinale Blutung	☐ 1 = ja	-
76.8	akute Niereninsuffizienz	☐ 1 = ja	-
wenn Feld 75 = 1			
76.9	Delir, akute delirante Symptomatik	☐ gemäß ICD-10-GM F05.- im postoperativen Verlauf 1 = ja	-
wenn Feld 75 = 1			
76.10	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	☐ 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
wenn Feld 76.9 = 1			
77	Demenz	☐ 0 = nein 1 = ja	-
Präventionsmaßnahmen bei Patienten ab 65 Jahren			
78	Ist eine systematische Erfassung der individuellen Sturzrisikofaktoren des Patienten	☐	-

	erfolgt?	0 = nein 1 = ja	
79	Wurden multimodale individuelle Maßnahmen zur Sturzprophylaxe ergriffen?	☐ s. auch Pflegedokumentation 0 = nein 1 = ja	-
Postoperativer Bewegungsumfang			
80	Wurde das passive Bewegungsausmaß mit der Neutral-Null-Methode bei Entlassung bestimmt?	☐ 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 27 EINSIN (2) und wenn Feld 80 = 1			
81	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
82	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	☐ ☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
83	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	☐ ☐ ☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist.
Gehfähigkeit bei Entlassung			
84	Gehstrecke bei Entlassung	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich)	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung. Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Die Angabe "500m" bzw.

		3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	"Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
85	Gehhilfen bei Entlassung	☐ 0 = keine 1 = Unterarmgehtützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
86	Treppensteigen bei Entlassung	☐ 1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
Entlassung Krankenhaus			
87	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2024~~ ~~2022~~ bis zum 10.01. ~~2024~~ ~~2022~~

			2. Krankenaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.<del>2024</del>~~2022~~ bis zum 20.1.<del>2024</del>~~2022~~ Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.<del>2024</del>~~2022~~, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.<del>2024</del>~~2022~~.
88	Entlassungsgrund	☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
89	Entlassungsdiagnose(n)	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ 6. ☐ ☐ ☐ ☐ 7. ☐ ☐ ☐ ☐ 8. ☐ ☐ ☐ ☐ 9. ☐ ☐ ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ☐ ☐ ... 30. ☐ ☐ ☐ ☐ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 <del>2022</del>~~2023~~ gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre <del>2024</del>~~2022~~ gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.<del>2024</del>~~2022~~ aufgenommen worden ist.
90	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	☐ (OPs 8-550.-) 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
91	Versorgung bei Polytrauma	☐ gemäß OPS 5-982.- 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1 - im Feld "teildatensatzsteuernde OPS-Kodes" (OPSchLUEAUSL) dokumentationspflichtige Kodes	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)
5-821.10	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert
5-821.11	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.12	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese

	am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.13	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.14	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.15	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.16	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese
5-821.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Sonstige
5-821.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert
5-821.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes
5-821.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.28	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.29	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.2x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Sonstige
5-821.30	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert

	5-821.31	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
	5-821.32	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-821.33	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
	5-821.3x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: Sonstige
	5-821.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
	5-821.41	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
	5-821.42	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-821.43	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
	5-821.4x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: Sonstige
	5-821.50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert
	5-821.51	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
	5-821.52	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-821.53	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese
	5-821.5x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese,

	hybrid (teilzementiert): Sonstige
5-821.60	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.61	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.62	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.63	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.6x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: Sonstige
5-821.f0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert
5-821.f1	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.f2	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.f3	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.
5-821.f4	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.fx	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Sonstige
5-821.g0	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
5-821.g1	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, zementiert
5-821.g2	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Oberflächenersatzprothese, hybrid (teilzementiert)
5-821.g3	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht

		zementiert
5-821.g4		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
5-821.g5		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.gx		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: Sonstige
5-821.j0		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert
5-821.j1		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.
5-821.j2		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese
5-821.jx		Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaff-Femurkopfprothese]: Sonstige
5-829.n		Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Lange Schlüssel

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

	4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

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 202~~4~~² und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~4~~²' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~²' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~⁴')

Diagnose(n) der Tabelle KEP_ICD_EX

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

- M08.04 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.05 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.10 Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen
- M08.11 Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.12 Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.13 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.14 Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.15 Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.16 Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.17 Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.18 Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.19 Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.20 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.21 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.22 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.23 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.24 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.25 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.26 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.27 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.28 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.29 Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.3 Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
- M08.40 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen
- M08.41 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.42 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.43 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.44 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.45 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.46 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.47 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.48 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.49 Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
- M08.70 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen
- M08.71 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.72 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.73 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.74 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.75 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.76 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.77 Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

M08.78	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.79	Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.80	Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen
M08.81	Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.82	Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.83	Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.84	Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.85	Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.86	Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.87	Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.88	Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.89	Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M08.90	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M08.91	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.92	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.93	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.94	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.95	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.96	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.97	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.98	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.99	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.00	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen
M09.01	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.02	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.03	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.04	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.05	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.06	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.07	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.08	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.09	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.10	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
M09.11	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.12	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.13	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.14	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M09.15	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M09.16	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M09.17	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M09.18	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M09.19	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M09.20	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
M09.21	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M09.22	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M09.23	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M09.24	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

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

Prozedur(en) der Tabelle KNIETEP OPS

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

Prozedur(en) der Tabelle UKNIETEP OPS

OPS-Kode	Titel
5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert
5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert

5-822.02 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Hybrid (teilzementiert)

Prozedur(en) der Tabelle KNIETEPW OPS

OPS-Kode Titel

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

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

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)

Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit Erstimplantation einer Knieendoprothese oder unikondylären Schlittenprothese

Algorithmus

Algorithmus als Formel

((PROZ EINSIN KNIETEP_OPS ODER PROZ EINSIN UKNIETEP_OPS) UND PROZ KEINSIN EP_WE_TEP_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)
und
Keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle EP_WE_TEP_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 202~~4~~2 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~4

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~4~~2' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~2' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~4')

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 Polyarthrititis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.04 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.05 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthrititis, 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 EP_WE_TEP_OPS

OPS-Kode Titel

- 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Information zum Zählleistungsbereich Diese Information ist nur für die Sollstatistik relevant.

Datensatz Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)

Textdefinition

Alle Patienten ab 18 Jahre mit einem Knieendoprothesenwechsel bzw. -komponentenwechsel oder Implantation einer Knieendoprothese nach vorheriger Explantation

Algorithmus

Algorithmus als Formel

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

Algorithmus in Textform

(Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEPW_OPS
oder
((Mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle KNIETEP_OPS)
oder
Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle UKNIETEP_OPS)
und
Mindestens eine Einschlussprozedur aus der Tabelle EP_WE_TEP_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 202~~4~~² und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 202~~3~~⁴

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ('03';'04') UND AUFNDATUM >= '01.01.202~~4~~²' UND AUFNDATUM <= '31.12.202~~4~~²' UND (ENTLDATUM = LEER ODER ENTLDATUM <= '31.12.202~~3~~⁴')

Diagnose(n) der Tabelle KEP_ICD_EX

ICD-Kode	Titel
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
D16.2	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
D16.3	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen

- M08.01 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
- M08.02 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
- M08.03 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
- M08.04 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
- M08.05 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
- M08.06 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
- M08.07 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
- M08.08 Juvenile chronische Polyarthrititis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
- M08.09 Juvenile chronische Polyarthrititis, 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 KNIETEPW OPS

OPS-Kode Titel

5-823.1a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
5-823.1b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert
5-823.1c	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert)
5-823.1d	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
5-823.1e	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert
5-823.1f	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert)
5-823.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige
5-823.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich
5-823.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
5-823.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
5-823.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
5-823.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
5-823.28	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil

- 5-823.29 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.2a Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.2b Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.2x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Sonstige
- 5-823.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich
- 5-823.41 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil
- 5-823.42 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.4x Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige
- 5-823.50 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, nicht zementiert
- 5-823.51 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, zementiert
- 5-823.52 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, nicht zementiert
- 5-823.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemorale Ersatz, (teil-)zementiert
- 5-823.54 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert
- 5-823.55 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
- 5-823.b7 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
- 5-823.b8 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
- 5-823.b9 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert
- 5-823.ba Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.bb Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.bx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Sonstige
- 5-823.f1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.f2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Teilwechsel Femurteil
- 5-823.fd Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese
- 5-823.fe Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
- 5-823.ff Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, (teil-)zementiert
- 5-823.fg Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.fh Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.fx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: Sonstige
- 5-823.k0 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Typgleich
- 5-823.k1 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
- 5-823.k2 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
- 5-823.k3 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert

- 5-823.k4 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
- 5-823.k5 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Femurteil
- 5-823.k6 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Tibiateil
- 5-823.kx Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Sonstige

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 EP_WE_TEP OPS

OPS-Kode Titel

- 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Datenfeldbeschreibung und Ausfüllhinweise

Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Zeile	Bezeichnung	Datenfeldeigenschaften	Ausfüllhinweis
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 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	□□ § 301-Vereinbarung	-
Patientenidentifizierende Daten			
3	eGK-Versichertennummer	□□□□□□□□□□	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (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.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	□ 1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der

			Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit "ja" zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
Leistungserbringeridentifizierende Daten			
5	Institutionskennzeichen	□□□□□□□□ http://www.arge-ik.de	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	entlassender Standort	□□□□□□□□	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
7	behandelnder Standort (OPS)	□□□□□□□□ gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur	Der "behandelnde Standort" entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsver schlüsselung direkt im OP. Der "behandelnde Standort" ist der Standort, an dem die betreffende Operation

			durchgeführt wird. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der "behandelnde Standort" in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
8	Betriebsstätten-Nummer	□□ Gültige Angabe: >= 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	□□□□ § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
Patient			
10	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	□□□□□□□□□□□□□□	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Aufnahmedatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	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. ~~2024~~ <u>2022</u> bis zum 10.01. ~~2024~~ <u>2022</u>

			2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01. ~~2021~~ <u>2022</u> bis zum 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01. ~~2021~~ <u>2022</u> , das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01. ~~2021~~ <u>2022</u> .
12	Aufnahmegrund	☐ ☐ 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 05 = stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003 08 = stationäre Aufnahme zur Organentnahme § 301-Vereinbarung	-
13	Geburtsdatum	. .	-
14	Geschlecht	☐ 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Präoperative Anamnese			
15	Gehstrecke	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 4 = im Zimmer mobil 5 = immobil	Die Angaben sind unabhängig davon, ob der Patient Schmerzmedikamente eingenommen hat. Bitte die Gehstrecke angeben, die der Patient mindestens im Alltag erreichen kann. Die Angabe "500m" bzw. "Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
16	verwendete Gehhilfen	☐ 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt vor der Aufnahme.
17	Treppensteigen	☐ 1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht

		Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
Auslösende OPS-Kodes			
18	teildatensatzsteuernde OPS-Kodes	1. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 2. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 3. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 4. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 5. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 6. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 7. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 8. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 9. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ 10. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ ... 15. ☐ - ☐ ☐ ☐ . ☐ ☐ alle auslösenden Kodes und ggf. der Zusatzkode 5-829.n http://www.dimdi.de	Achtung: Dieses Datenfeld wird von der QS-Software vorgelegt und dient der Prüfung der dokumentationspflichtigen Teildatensätze. Siehe Anmerkung 1
Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Eingriff			
19	Wievielter knieendoprothetischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Hier ist anzugeben, um den wievielten operativen Eingriff es sich bei dem zu dokumentierenden Fall während desselben stationären Aufenthaltes des Patienten handelt. Es werden nur die Eingriffe gezählt, die gemäß QS-Filter des Verfahrens zur Knieendoprothesenversorgung dokumentationspflichtig sind.
20	zu operierende Seite	☐ 1 = rechts 2 = links	Entgegen den Kodierrichtlinien ist hier keine Erfassung "beidseits" vorgesehen, da jeder Eingriff dokumentationspflichtig ist.
Präoperative Befunde			
wenn Feld 28 KEINSIN ('5-823.2')			
21	Gonarthrose	☐ 0 = nein 1 = ja, primäre Gonarthrose 2 = ja, sekundäre Gonarthrose	Hier soll "ja" angegeben werden, wenn durch die Diagnostik/Anamnese eine bestehende Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes z.B. ICD 10 M17.-) festgestellt wurde. 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.)
22	Fehlstellungen des Knies	☐ 0 = nein 1 = ja, schweres Valgusknie 2 = ja, schweres Varusknie	Ein schweres Valgus/Varusknie meint hier eine Achsabweichung von $\geq 10^\circ$.
23	Einstufung nach ASA-Klassifikation	☐ Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen. 1 = normaler, gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt 5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: "ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) 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) [...]"
24	Wundkontaminationsklassifikation	☐ 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. • z. B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen. 3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z. B. abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung. 4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)

Operation			
25	Art des Eingriffs	☐ 1 = elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation 2 = einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel 3 = Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels	"elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation" Im Teildatensatz "elektive Knieendoprothesen-Erstimplantation" werden Fälle mit arthrotischer Gelenkveränderung oder mit Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dokumentiert, die einen ersten Kniegelenkersatz (Voll- oder Teilersatz) erhalten. "einzeitiger Wechsel bzw. Komponentenwechsel" bzw. "Reimplantationen im Rahmen eines zweizeitigen Wechsels bzw. Komponentenwechsels" Im Teildatensatz "Wechsel" werden sowohl die einzeitigen sowie die zweizeitigen Wechseleingriffe dokumentiert. Bei zweizeitigem Wechsel ist die Indikationsstellung vor dem Ersteingriff bzw. der Explantation im Teildatensatz Wechsel zu dokumentieren. Frakturbedingte Erstimplantationen einer Endoprothese sind als MDS anzulegen.
26	Datum des Eingriffs	□□.□□.□□□□	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
27	Dauer des Eingriffs	□□□ Schnitt-Naht-Zeit Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 15 Minuten Angabe ohne Warnung: <= 240 Minuten	-
28	Prozedur(en)	1. □-□□□.□□ 2. □-□□□.□□ 3. □-□□□.□□ 4. □-□□□.□□ 5. □-□□□.□□ 6. □-□□□.□□ 7. □-□□□.□□ 8. □-□□□.□□ 9. □-□□□.□□ 10. □-□□□.□□ alle OPS des durchgeführten Eingriffs inkl. möglicher Zusatzkodierungen z.B. minimalinvasiver Eingriffe	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

		http://www.dimdi.de	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 5-822.10 (Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Nicht zementiert) als Einschlussprozedur für den Datensatz Knieendoprothesen-Erstimplantation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-822.10:R, 5-822.10:L oder 5-822.10:B. Die Dokumentation des Codes 5-822.10 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) / Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr <u>2022/2023</u> durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre <u>2021/2022</u> gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12. <u>2021/2022</u> aufgenommen worden ist.
Knieendoprothesen-Erstimplantation (E)			
Knieendoprothesenerstimplantation			
Anzahl der Eingriffe			
29	Wievielte Knieendoprothesen-Erstimplantation während dieses Aufenthaltes?	☐ 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			
30	Wurde eine Voroperation am betroffenen Kniegelenk oder kniegelenknah durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	Zu den Voroperationen zählen alle operativen Eingriffe (z.B. Arthroskopien) an den gelenkbildenden (mit oder ohne Arthrotomie) sowie angrenzenden Strukturen des zu operierenden Kniegelenks. Zu dokumentieren ist auch eine Voroperation, die nicht im eigenen Krankenhaus erbracht wurde.
31	Schmerzen	☐ 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren.
Modifizierter Kellgren-Lawrence-Score			
32	Osteophyten	☐ 0 = keine oder beginnend Eminentia oder gelenkseitige	-

		Patellapole 1 = eindeutig	
33	Gelenkspalt	☐ 0 = nicht oder mäßig verschmälert 1 = hälftig verschmälert 2 = ausgeprägt verschmälert oder aufgehoben	-
34	Sklerose	☐ 0 = keine Sklerose 1 = mäßige subchondrale Sklerose 2 = ausgeprägte subchondrale Sklerose 3 = Sklerose mit Zysten Femur, Tibia, Patella	-
35	Deformierung	☐ 0 = keine Deformierung 1 = Entrundung der Femurkondylen 2 = ausgeprägte Destruktion, Deformierung	-
Implantation einer unikondylären Schlittenprothese			
36	Wurde die Implantation einer unikondylären Schlittenprothese durchgeführt?	☐ 0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 36 = 1			
37	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 (einschließlich femoropatellarer Schaden). Gemeint sind die Kompartimente des Gelenkes, in welchem die unikondyläre Schlittenprothese implantiert wird. Die Intaktheit eines Gelenkkompartiments ist dann gegeben, wenn sich als Ergebnis entsprechender diagnostischer Maßnahmen (z.B. Röntgendiagnostik, intraoperative Befundvalidierung) der Gelenkspalt der nicht betroffenen Kompartimente regelhaft darstellt.
Schweregrad der Gelenkzerstörung bei rheumatischen Erkrankungen			
38	Liegt eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis mit Manifestation am betroffenen Gelenk vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Dieses Feld ist mit "Ja" zu beantworten, wenn der Patient eine entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung (seropositive/seronegative rheumatoide Arthritis, Systemischer Lupus erythematodes, Psoriasisarthropathie, Arthropathien in Zusammenhang mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) mit Manifestation an der betroffenen Seite aufweist.
wenn Feld 38 = 1			

39	erosive Gelenkzerstörung (Schweregrad nach Larsen-Dale-Eek)	☐ 0 = Grad 0 normal 1 = Grad 1 geringe Veränderung 2 = Grad 2 definitive Veränderung 3 = Grad 3 deutliche Veränderung 4 = Grad 4 schwere Veränderung 5 = Grad 5 mutilierende Veränderung	Die Grade der erosiven Gelenkzerstörung nach Larsen-Dale-Eek: Grad 0 = normal Grad 1 = geringe Veränderungen: Weichteilschwellung, gelenknahe Osteoporose oder geringe Gelenkverschmälerung Grad 2 = definitive Veränderungen: eine oder mehrere kleine Erosionen, Gelenkspaltverschmälerung nicht obligat Grad 3 = deutliche Veränderungen: ausgeprägte Erosionen und Gelenkspaltverschmälerung sind vorhanden Grad 4 = schwere Veränderungen: große Erosionen vorhanden, nur Teile der ursprünglichen Gelenkfläche noch erhalten Grad 5 = Mutilierende Veränderungen, die ursprüngliche Gelenkfläche ist verschwunden, schwere Deformität möglich (Rau R, Wassenberg S.: Scoringmethoden bei der rheumatoiden Arthritis. In: Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (ed.). Bildgebende Verfahren in der Rheumatologie. Steinkopff 2007:27-46)
Wechsel bzw. Komponentenwechsel (W)			
Wechsel bzw. Komponentenwechsel			
Anzahl der Eingriffe			
40	Wievielte Wechsel-Operation während dieses Aufenthaltes?	☐ ☐ Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Hier ist zu dokumentieren, um die wievielte Wechseloperation einer Endoprothese am Kniegelenk während ein und desselben akut-stationären Aufenthaltes es sich handelt.
Präoperative Anamnese			
41	Schmerzen vor der Prothesenexplantation	☐ 0 = nein 1 = ja, Belastungsschmerz 2 = ja, Ruheschmerz	Das Kriterium "Schmerzen" ist erfüllt, wenn Ruhe- oder Belastungsschmerzen vorliegen. Stauchungs- und Drehschmerz sind unter Belastungsschmerz zu dokumentieren. Bei Vorliegen von Ruhe- und Belastungsschmerzen ist der Ruheschmerz zu dokumentieren. Bei zweizeitigem Wechsel ist das präoperative Schmerzausmaß des Ersteingriffs/ der Explantation anzugeben.
Erreger-/Infektionsnachweis			
42	positive Entzündungszeichen im Labor vor der Prothesenexplantation (BSG, CRP, Leukozyten)	☐ 0 = nein 1 = ja	Entzündungszeichen innerhalb der letzten 14 Tage präoperativ. Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Ergebnisse des Ersteingriffs / der Explantation anzugeben.
43	mikrobiologische Untersuchung vor der Prothesenexplantation	☐ 0 = nicht durchgeführt 1 = durchgeführt, negativ	Der Erregernachweis bezieht sich auf einen Nachweis im Gelenk vor der Operation. Der Nachweis gilt erst dann als Negativ, wenn die

		2 = durchgeführt, positiv	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.
Röntgendiagnostik/Klinische Befunde			
44	Liegen spezifische röntgenologische/klinische Befunde vor der Prothesenexplantation vor?	☐ 0 = nein 1 = ja	Bei zweizeitigem Wechsel sind die präoperativen Befunde des Ersteingriffes/der Explantation anzugeben.
wenn Feld 44 = 1			
45.1	Implantatbruch	☐ 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45.2	Implantatfehlage/Malrotation	☐ 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45.3	Implantatwanderung	☐ 1 = ja	Hier sind Verschleißerscheinungen bzw. mechanisches Implantatversagen zu dokumentieren.
45.4	Lockerung der Femur-Komponente	☐ 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
45.5	Lockerung der Tibia-Komponente	☐ 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
45.6	Lockerung der Patella-Komponente	☐ 1 = septisch 2 = aseptisch	Hier sind auch Lockerungen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
45.7	Knochendefekt Femur	☐ 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
45.8	Knochendefekt Tibia	☐ 1 = ja	Zum "Knochendefekt" zählen auch die "Osteolyse" oder der "Substanzverlust".
45.9	periprotetische Fraktur	☐ 1 = ja	-
45.10	Endoprothesen(sub)luxation	☐ 1 = ja	Hier sind auch rezidivierende (= mindestens 2-mal aufgetretene) Prothesen(sub)luxationen ohne röntgenologische Zeichen zu dokumentieren.
45.11	Instabilität des Gelenks	☐ 1 = ja	-
45.12	bei Schlittenprothese oder Teilersatzprothese: Zunahme der Arthrose	☐ 1 = ja	-
45.13	Patellanekrose	☐	-

		1 = ja	
45.14	Patellaluxation	☐ 1 = ja	-
45.15	Patellaskmerz	☐ 1 = ja	-
45.16	andere spezifische röntgenologische/klinische Befunde	☐ 1 = ja	-
Prozedur (PROZ)			
Prozedur			
Intra- und postoperativer Verlauf			
46	Gab es spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 46 = 1			
47.1	primäre Implantatfehlage	☐ 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.
47.2	sekundäre Implantatdislokation	☐ 1 = ja	Von einer Implantatdislokation wird dann gesprochen, wenn sich das Implantat nach Einschätzung des Operateurs primär nach Beendigung des Eingriffs in regelrechter Lage befand und die Lage sekundär - z.B. nach Belastung - veränderte. Z.B. Inlay-Lockerung
47.3	postoperative Luxation des künstlichen Gelenkes	☐ 1 = ja	-
47.4	Patellafehlstellung	☐ 1 = ja	Subluxation oder Luxation der Patella
47.5	Nachblutung/Wundhämatom	☐ 1 = ja	-
47.6	Gefäßläsion	☐ 1 = ja	-
47.7	bei Entlassung persistierender, motorischer Nervenschaden	☐ 1 = ja	-
47.8	periprothetische Fraktur	☐ 1 = ja	Unter Fraktur sind alle Brüche zu verstehen, die intra- oder postoperativ (bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der akut-stationären Einrichtung) im OP-Gebiet entstanden sind. Hierzu zählen auch Frakturen, die infolge eines Sturzes entstanden sind, oder eine Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte.

47.9	Wunddehiszenz	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier das behandlungsbedürftige Auseinanderweichen der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
47.10	sekundäre Nekrose der Wundränder	☐ 1 = ja	Gemeint ist hier die behandlungsbedürftige, in Folge einer Minderdurchblutung aufgetretene sekundäre Nekrose der Wundränder der primär verschlossenen Operationswunde.
47.11	postoperative mechanische Komplikation des künstlichen Gelenkes	☐ 1 = ja	-
47.12	Ruptur der Quadrizepssehne/Ligamentum patellae	☐ 1 = ja	-
47.13	Fraktur der Patella	☐ 1 = ja	-
47.14	sonstige spezifische behandlungsbedürftige Komplikationen	☐ 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die während des Aufenthaltes aufgetreten sind und nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden.
48	postoperative Wundinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 0 = nein 1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
wenn Feld 48 = 1			
49	Wundinfektionstiefe	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion 2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion 3 = A3 - Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet	KISS-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen: A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht A2 Postoperative tiefe Wundinfektion erfasst Faszien-schicht und Muskelgewebe. A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde. A3-Infektionen sind u.a.: Knochen- oder Gelenkinfektionen, Infektionen im Mediastinum oder am Herzen (z.B. Endokarditis) oder an den tiefen Gefäßen oder an den Nieren oder der Prostata.

wenn Feld 48 = 1 oder wenn Feld 46 = 1			
50	ungeplante Folge-OP aufgrund von Komplikationen	☐ 0 = nein 1 = ja	Gemeint sind unvorhergesehene Folgeeingriffe wegen Komplikationen nach dem Primäreingriff. Hinweis: Dokumentiert werden soll eine operative Revision, nicht aber z. B. die Punktion eines Hämatoms.
Basis (B)			
Basisdokumentation			
Intra- und postoperativer Verlauf			
51	Gab es allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen?	☐ 0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftig bedeutet in diesem Sinne, dass aufgrund der Komplikationen therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder erhöhter Überwachungsaufwand erforderlich wurden.
wenn Feld 51 = 1			
52.1	Pneumonie	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Infektionen der Unteren Atemwege C 1 a - C 1 c Pneumonie C 1 a Klinisch definierte Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>zwei</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des

			Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de). C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Fieber > 38 °C ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

			und mindestens <u>eines</u> der folgenden: ▶ Erregernachweis im Blut ▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit ▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste ▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen ▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym ▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen C 1 c Atypische Pneumonie Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen): ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat ▶ Verdichtung ▶ Kavernenbildung und mindestens eines der folgenden: ▶ Fieber $> 38^\circ\text{C}$ ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$) ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre und mindestens eines der folgenden: ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit) und mindestens eines der folgenden:

			► Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ► 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ► 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ► Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
52.2	behandlungsbedürftige kardiovaskuläre Komplikation(en)	☐ 1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell). Beispiele: - Herzinfarkt - behandlungsbedürftige Herzrhythmusstörungen
52.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	☐ 1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
52.4	Lungenembolie	☐ 1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
52.5	katheterassoziierte Harnwegsinfektion	☐ nach den KISS-Definitionen 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Harnwegsinfektionen D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur ≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat mindestens <u>eines</u> der folgenden Symptome: • Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$) • suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache) • Schmerzen oder

			Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache) • Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter) • Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter) D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis muss dem folgenden Kriterium entsprechen: ► Mindestens eine Urinkultur mit ≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen und Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion: • kein Fieber • kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür) • keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür) • kein Harndrang • keine erhöhte Miktionsfrequenz • keine Dysurie und Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege (Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal / perinephritisches Gewebe) müssen <u>eines</u> der folgenden Kriterien erfüllen: ► Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n ► Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer

			Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt ► Mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Fieber (> 38 °C) • lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle und mindestens <u>eines</u> der folgenden Anzeichen: • Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle • Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)
52.6	Schlaganfall	☐ 1 = ja	-
52.7	akute gastrointestinale Blutung	☐ 1 = ja	-
52.8	akute Niereninsuffizienz	☐ 1 = ja	-
52.9	sonstige allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	☐ 1 = ja	Gemeint sind hier sonstige postoperative und behandlungsbedürftige Komplikationen, die nicht in einem separaten Datenfeld abgefragt werden, z.B. Harnwegsinfektionen, die nicht katheterassoziiert entstanden sind. Keine Komplikationen in diesem Sinn sind: • Erbrechen im Aufwachraum (nach OP zu erwarten) • hypotone Reaktion nach OP (nach OP zu erwarten) • mehrfacher venöser Zugang
Postoperativer Bewegungsumfang			
53	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 Knie 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 25 EINSIN (1) und wenn Feld 53 = 1			
54	Extension/Flexion 1 bei Entlassung	☐☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 10 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null- Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 10 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
55	Extension/Flexion 2 bei Entlassung	☐☐☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
56	Extension/Flexion 3 bei Entlassung	☐☐☐ Angabe in: Grad Gültige Angabe: 0 - 150 Grad	Zeitpunkt der Erhebung am Entlassungstag oder einen Tag vor der Entlassung. Anzugeben ist das Ausmaß der Beugung des Kniegelenks, gemessen und dokumentiert mit der Neutral-Null-Methode (Angabe in Grad). Bei beidseitigen Prozeduren sind die Bewegungsausmaße desjenigen Gelenkes anzugeben, welches den niedrigeren Wert in der Beugung (Extension/Flexion 3) zum oben

			genannten Zeitpunkt vorweist. Gültige Angabe: 0 - 150 Grad Hinweis: Eine postoperative Überprüfung der Beweglichkeit sollte maximal bis zum erlaubten Bewegungsausmaß durchgeführt werden.
Gehfähigkeit bei Entlassung			
57	Gehstrecke bei Entlassung	☐ 1 = unbegrenzt (> 500m) 2 = Gehen am Stück bis 500m möglich (Nahbereich) 3 = Gehen am Stück bis 50m möglich 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. Die Angabe "500m" bzw. "Nahbereich" steht beispielhaft für die Fähigkeit, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang 'an die frische Luft zu kommen' oder um - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegende - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind.
58	Gehhilfen bei Entlassung	☐ 0 = keine 1 = Unterarmgehstützen/Gehstock 2 = Rollator/Gehbock 3 = Rollstuhl 4 = bettlägerig	Die Angaben beziehen sich auf den Zeitpunkt der Entlassung.
59	Treppensteigen bei Entlassung	☐ 1 = selbständiges Treppensteigen möglich 2 = benötigt Hilfe oder Aufsicht beim Treppensteigen 3 = unfähig, allein Treppen zu steigen	Die Erfassung der Fähigkeit zum Treppensteigen erfolgt in Anlehnung an den Barthel-Index nach dem Hamburger Manual. 1 = Der Patient steigt ohne Aufsicht oder zusätzliche personelle Hilfe Treppen (ggf. inkl. seiner Stöcke/Gehstützen) über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter, wobei er den Handlauf benutzen kann. 2 = Der Patient steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens 1 Stockwerk hinauf und hinunter. 3 = Der Patient erfüllt die Voraussetzungen in den anderen Einstufungskriterien nicht oder es treffen (je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zu.
Entlassung Krankenhaus			
60	Entlassungsdatum Krankenhaus	□□.□□.□□□□	Gilt bei stationären Eingriffen: Für die Zusammenführung von zeitlich eng beieinander liegenden stationären Aufenthalten gelten die Regelungen der DRG-Fallzusammenführung gemäß § 2 FPV. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der

			DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahme- und das Entlassungsdatum 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.~~2024~~<u>2022</u> bis zum 10.01.~~2024~~<u>2022</u> 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.~~2024~~<u>2022</u> bis zum 20.1.~~2024~~<u>2022</u> Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.~~2024~~<u>2022</u>, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.~~2024~~<u>2022</u>.
61	Entlassungsgrund	☐ siehe Schlüssel 1 "Entlassungsgrund" § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
62	Entlassungsdiagnose(n)	1. ☐ ☐ ☐ ☐ 2. ☐ ☐ ☐ ☐ 3. ☐ ☐ ☐ ☐ 4. ☐ ☐ ☐ ☐ 5. ☐ ☐ ☐ ☐ 6. ☐ ☐ ☐ ☐ 7. ☐ ☐ ☐ ☐ 8. ☐ ☐ ☐ ☐ 9. ☐ ☐ ☐ ☐ 10. ☐ ☐ ☐ ☐ ... 30. ☐ ☐ ☐ ☐ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM 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 ~~2022~~<u>2023</u> gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre ~~2024~~<u>2022</u> gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.~~2024~~<u>2022</u> aufgenommen worden ist.
63	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	☐ gemäß OPS 8-550.- 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
64	Versorgung bei Polytrauma	☐ gemäß OPS 5-982.- 1 = ja	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1 - im Feld "teildatensatzsteuernde OPS-Kodes" (OPSHLUEAUSL) dokumentationspflichtige Kodes	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)
	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)
	5-823.1a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert
	5-823.1b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese

		am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert
	5-823.1c	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert)
	5-823.1d	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert
	5-823.1e	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert
	5-823.1f	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert)
	5-823.1x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Sonstige
	5-823.20	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich
	5-823.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert
	5-823.22	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert
	5-823.25	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
	5-823.26	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
	5-823.28	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil
	5-823.29	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil
	5-823.2a	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert

	5-823.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert
	5-823.2x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Sonstige
	5-823.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich
	5-823.41	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil
	5-823.42	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil
	5-823.4x	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Sonstige
	5-823.50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, nicht zementiert
	5-823.51	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarrückfläche, zementiert
	5-823.52	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralen Ersatz, nicht zementiert
	5-823.53	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralen Ersatz, (teil-)zementiert
	5-823.54	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert
	5-823.55	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert
	5-823.b7	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
	5-823.b8	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
	5-823.b9	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert
	5-823.ba	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial

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

	5-823.k3	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert
	5-823.k4	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert
	5-823.k5	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Femurteil
	5-823.k6	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Tibiateil
	5-823.kx	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Sonstige
	5-829.n	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Erläuterungen zum Minimaldatensatz

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

Regelung zur Nutzung des Minimaldatensatzes

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

Beispiele

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

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

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

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
10/2	besondere Indikationen	Minimaldatensatz: 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.
16/1	induzierte Schwangerschaftsabbrüche	Minimaldatensatz: Es kann sein, dass in seltenen Fällen die QS-Dokumentationspflicht durch die Kodierung von geburtshilflichen Prozedurenkodes bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von unter 500 g und bei (Spät-) Aborten (Fetalgewicht unter 500 g und unter 24+0 Schwangerschaftswochen) ausgelöst wird. Bei Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von über 500 g oder unter 500 g und über 24+0 Schwangerschaftswochen wird bei Anwendung der deutschen Kodierrichtlinien die QS-Dokumentationspflicht über die ICD-Kodierung (z.B. Z.37.1!) ausgelöst. Induzierte Schwangerschaftsabbrüche sollen unabhängig vom Fetalgewicht, jedoch nicht in der externen stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe, erfasst werden. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
16/1	Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g und unter 24+0 Schwangerschaftswochen	Minimaldatensatz: Auch (Spät-) Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g und unter 24+0 Schwangerschaftswochen, bei denen der QS-Filter aufgrund von geburtshilflichen OPS- Prozeduren die Dokumentationspflicht auslöst, sind über den MDS zu dokumentieren. Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtennummer vergeben wird (Fetalgewicht unter 500 g und unter 24+0 Schwangerschaftswochen, 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.
16/1	anonyme Geburten	Minimaldatensatz:

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		Bei anonymen Geburten liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
17/1	Knochenfraktur beim Einsetzen einer Gelenkprothese	Minimaldatensatz: Knochenfrakturen, die beim Einsetzen einer Gelenkprothese auftreten und während der Endoprothesenoperation osteosynthetisch versorgt werden, können den Bogen auslösen, ohne dass dieser abgeschlossen werden kann. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
18/1	Axilläre Lymphknoten-OP bei Melanom	Minimaldatensatz: Die operative Entfernung von axillären Lymphknoten aufgrund eines Melanoms ist im Rahmen des QS-Verfahrens Mammachirurgie nicht relevant. Je nach Lokalisation verwendeter OPS-Kodes und begleitender ICD-Kodes (Nebendiagnosen) kann eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 ausgelöst werden. Hier ist dann ein MDS zu dokumentieren, wenn die OPS (Filter-OPS des QS-Verfahrens Mammachirurgie) ausschließlich aufgrund der Diagnose Melanom erfolgt.
DEK	Reanimation des Patienten oder Tod bei Aufnahme	Minimaldatensatz: Wird ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.
DEK	Zweite Aufnahme z.B. zur Rückverlegung eines Anus praeter	Minimaldatensatz: 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.
DEK	<u>Verlegung nach Plastischer Deckung</u>	Minimaldatensatz: <u>Wird ein Patient nach einer plastischen Deckung verlegt ist die Haupt-/ Verlegungsdiagnose automatisch der Dekubitus. Allerdings ist der Dekubitus sowohl bei Aufnahme wie auch bei Entlassung eigentlich nicht mehr vorhanden.</u>

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		<u>In diesem Fall ist für den Verlegungsfall ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.</u>
HEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	Regulärer Datensatz: Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Hüft-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren. OPS-Kodes: TEP_Implantation und TEP-Wechsel
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer subtrochantären Fraktur, Femurschaftfraktur oder distalen Fraktur	Minimaldatensatz: Die Erstimplantation einer Endoprothese bei Fällen mit einem Aufnahmegrund subtrochantäre Fraktur oder Femurschaftfraktur oder distale Fraktur sind als Minimaldatensatz zu dokumentieren
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund einer Schenkelhals- oder pertrochantären Fraktur	Regulärer Datensatz: 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
HEP	Erstimplantation einer Endoprothese nach „Cut out“ oder Pseudarthrose	Regulärer Datensatz: 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

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
HEP	Wechsel einer Endoprothese und Periprothetische Fraktur	Regulärer Datensatz: Periprothetische Frakturen wie beispielsweise distale oder subtrochantäre Frakturen bei liegender Prothese sind im Teildatensatz „Wechsel bzw. Komponentenwechsel“ im regulären Datensatz zu dokumentieren.
HEP	Zweizeitiger Wechsel	Regulärer Datensatz: 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.
KEP	Mehrfache Prozeduren in einem Krankenhausaufenthalt	Regulärer Datensatz: 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. OPS-Kodes: TEP_Implantation und TEP-Wechsel
KEP	Erstimplantation einer Endoprothese aufgrund kniegelenksnaher Fraktur	Minimaldatensatz: 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.
KEP	Zweizeitiger Wechsel	Regulärer Datensatz: 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.
LUTX	Autotransplantation	Minimaldatensatz:

Modul	Kurzbeschreibung	im Minimaldatensatz (MDS) oder im regulären Datensatz zu dokumentieren
		Der operative Eingriff einer Entnahme/Ex-situ-Resektion mit folgender Reimplantation der Lunge bzw. eines Lungenflügels wird auch als „Autotransplantation“ bezeichnet, ist jedoch keine Transplantation von Spender zu Empfänger. Für diese Methode ist aktuell kein separater OPS-Code definiert. In diesem Fall ist daher ein MDS anzulegen und dem IQTIG der Vorgang entsprechend mitzuteilen.
NEO	Zuverlegung nach keiner kontinuierlichen Behandlung nach dem 7. Lebenstag	Minimaldatensatz: Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten 120 Lebenstage in ein Krankenhaus zuverlegt werden, soll eine Dokumentation für das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder spätestens ab ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden. Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Abrechnungsdaten (§ 301 SGB V, § 21 Abs. 4 KHEntgG), nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (die zwischen 8 und 120 Lebenstagen von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen und von dort in ein weiteres Krankenhaus verlegt werden und eine Auslösebedingung aufweisen) eine Dokumentationspflicht. Da diese Fälle im zweiten (oder weiteren) Krankenhaus nicht für die externe vergleichende Qualitätssicherung erfasst werden sollen, ist in diesen Fällen ein MDS zu verwenden.
NEO	Stationärer Aufenthalt aufgrund nicht eigener Erkrankung	Minimaldatensatz: Für reifgeborene, gesunde Kinder mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten Schwangerschaftswochen, die nicht aufgrund eigener Erkrankung länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden (z. B. aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2)) , soll ein MDS angelegt werden.
NEO	Babyklappen-Kinder	Minimaldatensatz: 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.
NEO	Kinder an der Grenze der Lebensfähigkeit	Regulärer Datensatz: Kinder, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen: • die im Kreißsaal verstorben sind und die eine palliative Versorgung erhalten haben oder • bei denen eine letale Fehlbildung diagnostiziert wurde oder • die nach einer Interruptio Lebenszeichen zeigten • die ein Gestationsalter von $\leq 21+6$ SSW haben

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

Aufstellung der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)

im Rahmen von einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V

Aufstellung der **Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) für selektivvertraglich tätige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte** gemäß § 15 Abs. 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL), die an die Vertrauensstelle als Datenannahmestelle zu übermitteln sind.

Leistungserbringer:		
Betriebsstättennummer:		
Erfassungszeitraum von:		
Erfassungszeitraum bis:		
QS-Filter-Software / Version:	/.....	
Erstellungsdatum:		
Ich/Wir haben für im Rahmen von Selektivverträgen behandelte Patienten die folgenden Anzahlen von Datensätzen erfasst, für die gemäß DeQS-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Dokumentationspflicht besteht.		
Modul	Krankenkasse (IK-Nr.)	Anzahl Datensätze
PCI_SV		
DIAL_SV		
...		
Datensätze Gesamt		

Konformitätserklärung gemäß § 15 Abs. 3 DeQS-RL

Hiermit bestätige/n ich/wir die Übereinstimmung dieser Aufstellung für den genannten Zeitraum mit den internen Aufzeichnungen unserer Einrichtung. Uns ist bekannt, dass wir gem. § 15 Abs. 4 DeQS-RL diese Aufstellung zusammen mit der Bescheinigung der Vertrauensstelle über die dokumentierten Datensätze dem jeweiligen Vertragspartner (Krankenkasse) vorlegen müssen.

.....

Zertifikatsseriennummer

.....

E-Mail

.....

Datum

.....

Verantwortlicher

Erläuterungen:

Die Übermittlung erfolgt elektronisch als Datensatz gem. Spezifikation für QS-Filter-Software mit elektronischer Signatur.

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

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

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

Krankenhaus:	
Erfassungsjahr:	~~2021~~ 2022
Erstellungsdatum:	
Institutskennzeichen:	
QS-Filter-Software / Version:	/
Verantwortlicher:	
Freigabedatum:	
<u>Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Erfassungsjahr)¹:</u>	
<u>Gesamtzahl geprüfter Krankenhausfälle (Vorjahr)²:</u>	
<u>Auf Bundesebene nicht dokumentationspflichtige Fälle³:</u>	
<u>Anzahl Fälle Risikostatistik (Patienten ab 20 Jahren)⁴:</u>	
<u>Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (B):</u>	
<u>Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):</u>	

¹ Berücksichtigte Versorgungsformen: DRG-Fälle, IV-Fälle, DMP-Fälle und Sonstige (stationäre Aufnahme oder teilstationäre bzw. ambulante Behandlung im Erfassungsjahr).

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

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

⁴ Alle stationären 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):

Leistungs- bereich (Modul)	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fäl- len	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	2. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	3. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	4. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>						
QS Verfahren Cholezystektomie											
CHE_ ~~LKG~~	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
CHE_ ~~LKG~~	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Dekubitusprophylaxe											
DEK	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
DEK	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)											
15/1	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
15/1	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Herzschrittmacherversorgung											
09/1	202 ~~0~~ <u>1</u>										
09/1	202 ~~1~~ <u>2</u>										
09/2	202 ~~0~~ <u>1</u>										
09/2	202 ~~1~~ <u>2</u>										

Leistungs- bereich (Modul)	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fäl- len	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	2. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	3. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	4. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>						
09/3	202 ~~0~~ <u>1</u>										
09/3	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Hüftendoprothesenversorgung											
HEP	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HEP	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung											
17/1	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
17/1	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Implantierbare Defibrillatoren											
09/4	202 ~~0~~ <u>1</u>										
09/4	202 ~~1~~ <u>2</u>										
09/5	202 ~~0~~ <u>1</u>										
09/5	202 ~~1~~ <u>2</u>										
09/6	202 ~~0~~ <u>1</u>										

Leistungs- bereich (Modul)	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fäl- len	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	2. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	3. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	4. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>						
09/6	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Karotis-Revaskularisation											
10/2	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
10/2	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Knieendoprothesenversorgung											
KEP	202 ~~0~~ <u>1</u>										
KEP	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen											
HCH	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HCH	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Mammachirurgie											
18/1	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
18/1	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	
QS Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen (NET) einschließlich Pankreastransplantationen											
DIAL	202 ~~0~~ <u>1</u>										

Leistungs- bereich (Modul)	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fäl- len	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	2. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	3. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	4. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>						
DIAL	202 ~~1~~ <u>2</u>										
PNTX	202 ~~0~~ <u>1</u>										
PNTX	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Perinatalmedizin											
16/1	202 ~~0~~ <u>1</u>										
16/1	202 ~~1~~ <u>2</u>										
NEO	202 ~~0~~ <u>1</u>										
NEO	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie											
PCI_LKG	202 ~~0~~ <u>1</u>										
PCI_LKG	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren ambulant erworbene Pneumonie											
PNEU	202 ~~0~~ <u>1</u>									-	
PNEU	202 ~~1~~ <u>2</u>									-	

Leistungs- bereich {Modul}	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung oder ambulanter Behandlung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fäl- len	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP- Fällen	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	2. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	3. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>	4. Quartal 202 ~~1~~ <u>2</u>						
QS Verfahren Transplantationsmedizin											
HTXM	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HTXM	202 ~~1~~ <u>2</u>										
LLS	202 ~~0~~ <u>1</u>										
LLS	202 ~~1~~ <u>2</u>										
LTX	202 ~~0~~ <u>1</u>										
LTX	202 ~~1~~ <u>2</u>										
LUTX	202 ~~0~~ <u>1</u>										
LUTX	202 ~~1~~ <u>2</u>										
NLS	202 ~~0~~ <u>1</u>										
NLS	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen											
NWIF	202 ~~0~~ <u>1</u>										
NWIF	202 ~~1~~ <u>2</u>										

Auf Bundesebene verpflichtend zu dokumentierende Zählleistungsbereiche (Z):

Modul	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fäl- len	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2021	2. Quartal 2021	3. Quartal 2021	4. Quartal 2021						
QS Verfahren Hüftendoprothesenversorgung											
HEP_IMP	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HEP_IMP	202 ~~1~~ <u>2</u>										
HEP_WE	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HEP_WE	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Knieendoprothesenversorgung											
KEP_IMP	202 ~~0~~ <u>1</u>										
KEP_IMP	202 ~~1~~ <u>2</u>										
KEP_WE	202 ~~0~~ <u>1</u>										
KEP_WE	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen											
<u>KCHK_AK_CHIR</u>	<u>2021</u>										
KCHK_AK_CHIR	202 ~~1~~ <u>2</u>										
<u>KCHK_AK_KATH</u>	<u>2021</u>										

Modul	Aufn.- Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal				Datensätze aus DRG-Fällen	Datensätze aus IV-Fällen	Datensätze aus DMP-Fäl- len	Datensätze aus sonsti- gen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2021	2. Quartal 2021	3. Quartal 2021	4. Quartal 2021						
KCHK_AK_KATH	202 ~~1~~ <u>2</u>										
<u>KCHK_KC</u>	<u>2021</u>										
KCHK_KC	202 ~~1~~ <u>2</u>										
<u>KCHK_MK_KATH</u>	<u>2021</u>										
KCHK_MK_KATH	202 ~~1~~ <u>2</u>										
<u>KCHK_MK_CHIR</u>	<u>2021</u>										
KCHK_MK_CHIR	202 ~~1~~ <u>2</u>										
QS Verfahren Transplantationsmedizin											
HTXM_TX	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HTXM_TX	202 ~~1~~ <u>2</u>										
HTXM_MKU	202 ~~0~~ <u>1</u>										
HTXM_MKU	202 ~~1~~ <u>2</u>										

Auf Landesebene verpflichtend zu dokumentierende Datensätze (L):

Leistungsbereich (Modul)	Aufn.-Jahr	Anzahl Datensätze mit Entlassung im Quartal				Daten- sätze aus DRG- Fällen	Daten- sätze aus IV-Fällen	Daten- sätze aus DMP- Fällen	Daten- sätze aus sonstigen Fällen	Anzahl GKV	Gesamt: Anzahl Datensätze
		1. Quartal 2021	2. Quartal 2021	3. Quartal 2021	4. Quartal 2021						
15/1 (nur Hessen)	2020									-	
15/1 (nur Hessen)	2021									-	
SA_FRUEHREHA_HE (nur Hessen)	2020 ~~1~~									-	
SA_FRUEHREHA_HE (nur Hessen)	2021 ~~2~~									-	
SA_HE (nur Hessen)	2020 ~~1~~									-	
SA_HE (nur Hessen)	2021 ~~2~~									-	
MRE_HE	2020 ~~1~~									-	
MRE_HE	2021 ~~2~~									-	
80/1 (nur BW)	2020 ~~1~~									-	
80/1 (nur BW)	2021 ~~2~~									-	
85/1 (nur Bayern)	2020 ~~1~~									-	
85/1 (nur Bayern)	2021 ~~2~~									-	
APO_RP (nur RP)	2020 ~~1~~									-	
APO_RP (nur RP)	2021 ~~2~~									-	

Konformitätserklärung der Geschäftsführung zur Sollstatistik

Hiermit bestätigen wir die Übereinstimmung der methodischen Sollstatistik für das Erfassungsjahr 202~~1~~2 mit den internen Aufzeichnungen unseres Krankenhauses. Uns ist bekannt, dass Überprüfungen der Sollstatistik stichprobenhaft erfolgen können.

Ort	Datum	Stempel und Unterschrift der Geschäftsführung

Erläuterungen:

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

Die Übermittlung an die Datenannahmestellen erfolgt elektronisch als Datensatz gemäß Spezifikation für QS-Filter-Software 202~~1~~2 und als unterschriebener Papierausdruck per Post. Dieser enthält die sog. Konformitätserklärung nach § 15 Abs. 3 der DeQS-RL.

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.

„Anzahl GKV“:

Die Zahl gibt bei den einzelnen Modulen an, für wie viele GKV-Versicherte eine Dokumentationspflicht besteht. Fälle gelten als GKV-Fälle, wenn das Institutionskennzeichen der Krankenkasse von der Versicherungskarte des Patienten mit 10 beginnt, kein besonderer Personenkreis vermerkt ist und eine eGK-Versichertennummer vorliegt. Bei diesen Fällen soll ein Follow-up anhand pseudonymisierter Versichertendaten ermöglicht werden.

„Gesamt: Anzahl Datensätze“:

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



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu den QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL

Erläuterungen

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 18. Juni 2021

Impressum

Thema:

Empfehlungen zu Spezifikationsänderungen für das Erfassungsjahr 2022 zu den QS Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL. Erläuterungen

Ansprechpartnerinnen:

Claudia Amman, Dr. Anja Katharina Dippmann, Martina Bock

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

19. Februar 2021; aktualisierte Fassung: 30. April 2021; erneute Aktualisierung: 18. Juni 2021

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

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
2 Modulübergreifende Empfehlungen.....	10
3 Modulspezifische Empfehlungen	11
3.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)	11
3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE).....	11
3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)	12
3.2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX).....	12
3.2.1 Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) ...	12
3.2.2 Follow-up-Herztransplantation (HTXFU).....	13
3.2.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX).....	14
3.2.4 Follow-up-Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTXFU).....	15
3.2.5 Leberlebendspende (LLS)	15
3.2.6 Follow-up-Leberlebendspende (LLSFU)	17
3.2.7 Lebertransplantation (LTX).....	19
3.2.8 Follow-up-Lebertransplantation (LTXFU)	21
3.2.9 Nierenlebendspende (NLS)	22
3.2.10 Follow-up-Nierenlebendspende (NLSFU).....	24
3.3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK).....	26
3.3.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (HCH)	26
3.3.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (KCHK).....	28
3.4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS).....	34
3.5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)	35
3.6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)	35
3.7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP).....	36
3.8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK).....	36
3.9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	37
3.9.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1).....	37

3.9.2	Herzschríttmacher-Aggregatwechsel (09/2)	38
3.9.3	Herzschríttmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	38
3.9.4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)	38
3.9.5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (09/5).....	39
3.9.6	Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6).....	39
3.10	Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)	41
3.10.1	Geburtshilfe (16/1).....	41
3.10.2	Neonatologie (NEO)	41
3.11	Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	42
3.11.1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1). 42	
3.11.2	Hüftendoprothesenversorgung (HEP).....	42
3.12	Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	42
	Literatur.....	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Module der QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL	8

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
AV	atrioventrikuläre
CRT-P	kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher (<i>cardiac resynchronization therapy pacemaker</i>)
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ECMO	extrakorporaler Membranoxygenation (<i>extracorporeal membrane oxygenation</i>)
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eGK	elektronische Gesundheitskarte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD-Kodes	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD	implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (<i>implantable cardioverter-defibrillator</i>)
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie
KIS	Krankenhausinformationssystem
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QS	Qualitätssicherung
QS-Verfahren	Qualitätssicherungsverfahren
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Spezifikation ist die Gesamtheit aller Vorgaben zur QS-Dokumentation bzw. zur Datenerhebung bezogen auf ein Erfassungsjahr. Sie bestimmt die dokumentationspflichtigen Fälle, die QS-Dokumentation selbst und die Übermittlung der Daten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Aufstellung der im Erfassungsjahr zu dokumentierenden Leistungen (Sollstatistik).

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

Zielsetzung und Zielgruppe

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

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

Die Komponenten der Spezifikation sind als verbindliche Handlungsanleitung zu betrachten. Damit soll erreicht werden, dass alle Leistungserbringer die Komponenten korrekt anwenden und Dokumentationspflichten erkennen sowie dass Klarheit darüber besteht, wie Datenlieferungen zu verschlüsseln und an welche Datenannahmestelle sie zu versenden sind. Diese verbindlichen Vorgaben der Spezifikation sind einzuhalten. Die Art der Umsetzung kann jedoch individuell auf die Zielgruppen der Software ausgerichtet werden. Ein Beispiel hierfür wäre die verfahrensspezifische Zurverfügungstellung und Erläuterung der generischen technischen Fehlermeldungen. Da beispielsweise die Fehlermeldungstexte der administrativen Prüfungen allgemein formuliert

¹ Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2019, in Kraft getreten am 29. Juni 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 21.12.2020).

sind, können Verfahrensteilnehmer (Softwareanbieter, Datenannahmestellen, Vertrauensstelle) die Meldungstexte so konkretisieren, dass sie für den Empfänger (insbesondere für Ärztinnen und Ärzte) für den individuellen Fall verständlich sind. Diese Fehlermeldungen sind nicht Bestandteil der vorliegenden Spezifikationsempfehlungen.

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



Methodik für die Entwicklung von Dokumentationsbögen und Datenfeldern

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

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

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

Spezifikation für die QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL

Das vorliegende Dokument beschreibt und erläutert die für das Erfassungsjahr 2022² empfohlenen Änderungen der Spezifikation in den QS-Verfahren nach DeQS-RL. Hierbei werden modulübergreifende und modulspezifische Änderungsempfehlungen gegeben, die aus Neu- oder Weiterentwicklungen resultieren oder im Rahmen der Verfahrenspflege erforderlich sind. Aufgrund notwendiger Priorisierungsentscheidungen für die in den laufenden QS-Verfahren anstehenden

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

Spezifikationsänderungen beinhalten die Spezifikationsempfehlungen für das Erfassungsjahr 2022 nur Änderungen, die zur Erhaltung des jeweiligen QS-Verfahrens notwendig sind. Weitere vorbereitete Spezifikationsempfehlungen sollen sukzessive in den kommenden Jahren umgesetzt werden.

Alle Empfehlungen haben Bezug zu mindestens einem Modul eines QS-Verfahrens (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 QS-Verfahren 3 und 5 bis 15 nach DeQS-RL

QS-Verfahren	Module
QS CHE	Cholezystektomie - Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE) - Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)
QS KCHK	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen - Fallbezogene QS-Dokumentation (HCH) - Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (KCHK)
QS TX	Transplantationsmedizin Fallbezogene QS-Dokumentation (LTX, LTXFU, LLS, LLSFU, LUTX, LUTXFU, HTXM, HTXFU, NLS, NLSFU)
QS KAROTIS	Karotis-Revaskularisation Fallbezogene QS-Dokumentation (10/2)
QS CAP	Ambulant erworbene Pneumonie Fallbezogene QS-Dokumentation (PNEU)
QS MC	Mammachirurgie Fallbezogene QS-Dokumentation (18/1)
QS GYN-OP	Gynäkologische Operationen Fallbezogene QS-Dokumentation (15/1)
QS DEK	Dekubitusprophylaxe Fallbezogene QS-Dokumentation (DEK)
QS HSMDEF	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren Fallbezogene QS-Dokumentation (09/1, 09/2, 09/3, 09/4, 09/5, 09/6)
QS PM	Perinatalmedizin Fallbezogene QS-Dokumentation (NEO, 16/1)
QS HGV	Hüftgelenkversorgung Fallbezogene QS-Dokumentation (17/1, HEP)

QS-Verfahren	Module
QS KEP	Knieendoprothesenversorgung ▪ Fallbezogene QS-Dokumentation (KEP)

2 Modulübergreifende Empfehlungen

Für das Erfassungsjahr 2022 werden nur für die Erhaltung der Verfahren notwendige modulübergreifende Empfehlungen beschrieben. Als einzige modulübergreifende Empfehlung wird die Erhöhung der Jahreszahl um ein Jahr empfohlen. Dies ist eine redaktionelle Änderung, die keinen Einfluss auf den Inhalt der zu erhebenden Daten hat.

3 Modulspezifische Empfehlungen

Modulspezifische Empfehlungen für das Erfassungsjahr 2022, die ausschließlich für ein Modul gelten, werden im Folgenden beschrieben und erläutert. Hierbei wird auf die Änderungen bei der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation („QS-Filter“ und „QS-Dokumentation“) und bei der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen („QS-Filter“) eingegangen.

3.1 Verfahren 3: Cholezystektomie (QS CHE)

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen beschrieben und erläutert.

3.1.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (CHE)

QS-Filter:

Im Verfahren CHE sind Cholezystektomien mit oder ohne Gallengangsrevisionen, die unter der Diagnose einer nicht bösartigen Erkrankung der Gallenblase oder der Gallenwege oder einer akuten Pankreatitis durchgeführt werden unter Ausschluss bösartiger Neubildungen an Organen im Bauchraum sowie von Simultancholezystektomien während eines Eingriffs aus anderen Gründen bei gesetzlich Versicherten dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den QS-Filter-Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Im Verfahren QS CHE wurde erstmals explizit festgelegt, welche Kodierungen im Rahmen der fallbezogenen QS-Dokumentation zusätzlich durch die Leistungserbringer und somit über die für die Auslösung relevanten Kodierungen hinaus zu dokumentieren sind. Aus bisher unbekannten Gründen werden 17 ICD-Kodes ausschließlich über die Spezifikation zur Erhebung der Sozialdaten erfasst, obwohl in den Rechenregeln eine Erfassung ebenso für die fallbezogene QS-Dokumentation vorgesehen war. Der QS-Dokumentationsfilter muss daher um die folgenden ICD-Kodes harmonisiert werden:

- I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
- I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
- I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
- I80.28 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten
- I82.2 Embolie und Thrombose der V. cava
- K43.0 Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän
- K43.90 Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän
- K43.98 Sonstige Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
- K43.99 Nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän
- K56.0 Paralytischer Ileus

- K56.5 Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion
- K56.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion
- K56.7 Ileus, nicht näher bezeichnet
- K75.0 Leberabszess
- K76.2 Zentrale hämorrhagische Lebernekrose
- K76.3 Leberinfarkt
- K76.5 Veno-okklusive Leberkrankheit

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.1.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (CHOL)

Sozialdaten-Filter:

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen.

3.2 Verfahren 5: Transplantationsmedizin (QS TX)

Das Verfahren Transplantationsmedizin (QS TX) besteht aus den Modulen und Follow-up-Modulen zu Herztransplantation (HTXM, HTXFU), Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX, LUTXFU), Leberlebendspende (LLS, LLSFU), Lebertransplantation (LTX, LTXFU) und Nierenlebendspende (NLS, NLSFU).

3.2.1 Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)

QS-Filter:

Im Modul HTXM sind alle Herztransplantationen und alle Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „kalte Ischämiezeit“

Im Datenfeld „kalte Ischämiezeit“ wird die Streichung des Satzes „Nur bei Verwendung eines ex-vivo-Perfusionssystems (OCS) ist die Angabe einer kalten Ischämiezeit von weniger als 30 Minuten möglich.“ im Ausfüllhinweis empfohlen, da eine kürzere Ischämiezeit als 30 Minuten auch ohne Einsatz eines ex-vivo-Perfusionssystems möglich ist. Solch ein Fall ist bereits aufgetreten.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.2 Follow-up-Herztransplantation (HTXFU)

Datenfeld „entlassender Standort“

Das Datenfeld soll gestrichen werden, da es in der externen Qualitätssicherung nicht verwendet wird.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten aufseiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.3 Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)

QS-Filter:

Im Modul LUTX sind alle Lungentransplantationen oder Herz-Lungentransplantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Neues Datenfeld „Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems“

Aufnahme eines neuen Datenfeldes „Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems“ zur Differenzierung der kalten Ischämiezeit. Dieses Datenfeld ist vor dem Hintergrund einer ggf. stattfindenden Prüfung eines neuen Indikators zur kalten Ischämiezeit relevant.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen

Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

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

QS-Dokumentation:

Datenfeld „entlassender Standort“

Das Datenfeld soll gestrichen werden, da es in der externen Qualitätssicherung nicht verwendet wird.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.5 Leberlebendspende (LLS)

QS-Filter:

Im Modul LLS sind alle Leberlebendspenden dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“**

Im Ausfüllhinweis wird die Streichung der Unterteilung in a) und b) unter Grad III und Grad IV nach Clavien-Dindo empfohlen. Die Unterscheidung in a) und b) ist aus Qualitätssicherungsgründen nicht relevant, da sie nicht als spezifisch auslösendes Element in die Indikatorberechnung eingeht.

Des Weiteren wird aufgrund von Rückfragen von Leistungserbringern ein Hinweis aufgenommen, was beim Vorliegen mehrerer Komplikationen zu dokumentieren ist.

Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurde zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichung „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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „besonderer Personenkreis“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „besonderer Personenkreis“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „eGK-Versichertennummer“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurden zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichungen „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).“ sowie „Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassungen wurden bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“ wurde „Der Patient“ durch „Der Spender“ ersetzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.6 Follow-up-Leberlebendspende (LLSFU)

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Nach Einführung der Clavien-Dindo-Klassifikation in LLS ab dem EJ 2017 sowie im Follow-up im EJ 2018 wurde die Clavien-Dindo-Klassifikation nach Rücksprache mit den Fachexperten auch für die anderen Verfahren der viszeralen Transplantation übernommen, um eine Weiterentwicklung zur Erfassung von Komplikationen und eine entsprechende QI-Entwicklung im Verlauf zu ermöglichen. Nun wurde seitens der Leistungserbringer angemerkt, dass die Clavien-Dindo-Klassifikation bei der Anwendung im Follow-up zu Schwierigkeiten bei der Erfassung und Gradzuteilung einer Komplikation führt. Nach erneuter Beratung mit den Experten bestand jedoch Einigkeit, dass eine graduierte Erfassung von Komplikationen orientierend an ihrem interventionellen Bedarf für die Beurteilung der Behandlungs- und Nachsorgequalität im Follow-up in jedem Fall anzustreben und aufrechterhalten werden soll. Daher wurde der spezifisch verwendete Begriff

der C-D-C, die zunächst den intrahospitalen postoperativen Verlauf adressiert bzw. die vollständige Abbildung dieser Klassifikation verlassen und eine Vereinfachung vorgenommen, die dennoch eine Erfassung der relevanten Komplikationen sicherstellt. Eine Weiterentwicklung ist ggf. vorgesehen. Das Datenfeld erhält die Bezeichnung „Komplikation“.

Des Weiteren wird eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an diese geänderte Erfassung der Komplikationen empfohlen.

Datenfeld „sonstige eingriffsspezifische Komplikationen“

Es wird empfohlen in der Datenfeldbezeichnung „sonstige eingriffsspezifische Komplikationen“ den Begriff „eingriffsspezifisch“ zu streichen. Im Follow-up geht es nicht mehr rein um die eingriffsspezifischen Folgen, sondern um das Monitoring des Gesundheitszustandes des Lebendspenders, die selbstverständlich auch eingriffsspezifisch beeinträchtigt sein kann.

Ein Beispiel dafür ist das Auftreten eines infektiösen Krankheitsbildes, das erst bei näherer Betrachtung in Zusammenhang mit der Lebendspende stehen kann (z. B. perihepatischer Abszess).

Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurde zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichung „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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „besonderer Personenkreis“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „besonderer Personenkreis“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „eGK-Versichertennummer“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurden zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichungen „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).“ sowie „Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassungen wurden bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“ wurde „Der Patient“ durch „Der Spender“ ersetzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „entlassender Standort“

Das Datenfeld soll gestrichen werden, da es in der externen Qualitätssicherung nicht verwendet wird.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.7 Lebertransplantation (LTX)**QS-Filter:**

Im Modul LTX sind alle Lebertransplantationen dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“**

Im Ausfüllhinweis wird die Streichung der Unterteilung in a) und b) unter Grad III und Grad IV nach Clavien-Dindo empfohlen. Die Unterscheidung in a) und b) ist aus Qualitätssicherungsgründen nicht relevant, da sie nicht als spezifisch auslösendes Element in die Indikatorberechnung eingeht.

Des Weiteren wird aufgrund von Rückfragen von Leistungserbringern ein Hinweis aufgenommen, was beim Vorliegen mehrerer Komplikationen zu dokumentieren ist.

Neues Datenfeld „Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems“

Aufnahme eines neuen Datenfeldes „Einsatz eines ex-vivo Perfusionssystems“ zur Differenzierung der kalten Ischämiezeit. Dieses Datenfeld ist vor dem Hintergrund einer ggf. stattfindenden Prüfung eines neuen Indikators zur kalten Ischämiezeit relevant.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.8 Follow-up-Lebertransplantation (LTXFU)

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Nach Einführung der Clavien-Dindo-Klassifikation in LLS ab dem EJ 2017 sowie im Follow-up im EJ 2018 wurde die Clavien-Dindo-Klassifikation nach Rücksprache mit den Fachexperten auch für die anderen Verfahren der viszeralen Transplantation übernommen, um eine Weiterentwicklung zur Erfassung von Komplikationen und eine entsprechende QI-Entwicklung im Verlauf zu ermöglichen. Nun wurde seitens der Leistungserbringer angemerkt, dass die Clavien-Dindo-Klassifikation bei der Anwendung im Follow-up zu Schwierigkeiten bei der Erfassung und Gradzuteilung einer Komplikation führt. Nach erneuter Beratung mit den Experten bestand jedoch Einigkeit, dass eine graduierte Erfassung von Komplikationen orientierend an ihrem interventionellen Bedarf für die Beurteilung der Behandlungs- und Nachsorgequalität im Follow-up in jedem Fall anzustreben und aufrechterhalten werden soll. Daher wurde der spezifisch verwendete Begriff der C-D-C, die zunächst den intrahospitalen postoperativen Verlauf adressiert bzw. die vollständige Abbildung dieser Klassifikation verlassen und eine Vereinfachung vorgenommen, die dennoch eine Erfassung der relevanten Komplikationen sicherstellt. Eine Weiterentwicklung ist ggf. vorgesehen. Das Datenfeld erhält die Bezeichnung „Komplikation“.

Des Weiteren wird eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an diese geänderte Erfassung der Komplikationen empfohlen.

Datenfeld „entlassender Standort“

Das Datenfeld soll gestrichen werden, da es in der externen Qualitätssicherung nicht verwendet wird.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.9 Nierenlebendspende (NLS)

QS-Filter:

Im Modul NLS sind alle Nierenlebendspenden dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Im Ausfüllhinweis wird die Streichung der Unterteilung in a) und b) unter Grad III und Grad IV nach Clavien-Dindo empfohlen. Die Unterscheidung in a) und b) ist aus Qualitätssicherungsgründen nicht relevant, da sie nicht als spezifisch auslösendes Element in die Indikatorberechnung eingeht.

Des Weiteren wird aufgrund von Rückfragen von Leistungserbringern ein Hinweis aufgenommen, was beim Vorliegen mehrerer Komplikationen zu dokumentieren ist.

Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurde zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichung „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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „besonderer Personenkreis“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „besonderer Personenkreis“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „eGK-Versichertennummer“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurden zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichungen „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).“ sowie „Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassungen wurden bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“ wurde „Der Patient“ durch „Der Spender“ ersetzt. Diese Anpassungen wurden bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.2.10 Follow-up-Nierenlebendspende (NLSFU)

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Komplikation nach Clavien-Dindo-Klassifikation“

Nach Einführung der Clavien-Dindo-Klassifikation in LLS ab dem EJ 2017 sowie im Follow-up im EJ 2018 wurde die Clavien-Dindo-Klassifikation nach Rücksprache mit den Fachexperten auch für die anderen Verfahren der viszeralen Transplantation übernommen, um eine Weiterentwicklung zur Erfassung von Komplikationen und eine entsprechende QI-Entwicklung im Verlauf zu ermöglichen. Nun wurde seitens der Leistungserbringer angemerkt, dass die Clavien-Dindo-Klassifikation bei der Anwendung im Follow-up zu Schwierigkeiten bei der Erfassung und Gradzuteilung einer Komplikation führt. Nach erneuter Beratung mit den Experten bestand jedoch Einigkeit, dass eine graduierte Erfassung von Komplikationen orientierend an ihrem interventionellen Bedarf für die Beurteilung der Behandlungs- und Nachsorgequalität im Follow-up in jedem Fall anzustreben und aufrechterhalten werden soll. Daher wurde der spezifisch verwendete Begriff der C-D-C, die zunächst den intrahospitalen postoperativen Verlauf adressiert bzw. die vollständige Abbildung dieser Klassifikation verlassen und eine Vereinfachung vorgenommen, die dennoch eine Erfassung der relevanten Komplikationen sicherstellt. Eine Weiterentwicklung ist ggf. vorgesehen. Das Datenfeld erhält die Bezeichnung „Komplikation“.

Des Weiteren wird eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an diese geänderte Erfassung der Komplikationen empfohlen.

Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurde zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichung „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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „besonderer Personenkreis“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „besonderer Personenkreis des Spenders“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „eGK-Versichertennummer“ wurde „des Spenders“ ergänzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Da es sich um spenderbezogene Daten handeln muss, wurden zur Vermeidung von Missverständnissen und Fehldokumentationen im Ausfüllhinweis die Streichungen „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).“ sowie „Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.“ vorgenommen. Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassungen wurden bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“

In der Bezeichnung des Datenfeldes „Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer“ wurde „Der Patient“ durch „Der Spender“ ersetzt. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Des Weiteren wurde eine entsprechende Anpassung des Ausfüllhinweises an die geänderte Datenfeldbezeichnung vorgenommen. Diese Anpassung wurde bereits im Update zur Spezifikation 2021 umgesetzt.

Datenfeld „entlassender Standort“

Das Datenfeld soll gestrichen werden, da es in der externen Qualitätssicherung nicht verwendet wird.

Neues Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“

Das Datenfeld „Wurde der Patient im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs über die Einwilligung und die Folgen eines möglichen Widerrufs der Einwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten an das Transplantationsregister aufgeklärt?“ soll auf Bitten des Bundesministeriums für Gesundheit neu eingeführt werden, um die gesetzliche Verpflichtung nach §15e Abs. 6 Transplantationsgesetz zu einer adäquaten Aufklärung des Patienten zur Übermittlung seiner QS-Daten an das Transplantationsregister hervorzuheben. Die Einführung dieses Datenfeldes erfüllt keinen QS-Zweck, sondern stellt lediglich die Durchführung eines rechtmäßigen Aufklärungsgesprächs fest und damit die Möglichkeit zur Weiterleitung der QS-Daten an das Transplantationsregister. Daher wird bei Angabe von dem Schlüssel „0“ = nein oder „9“ = unbekannt der Datensatz nicht an das Transplantationsregister weitergeleitet.

Datenfeld „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“

Der Ausfüllhinweis des Datenfeldes „Liegt eine wirksame Einwilligung des Patienten zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister vor?“ wird hinsichtlich der Einwilligung konkretisiert und um den Satz „Die Einwilligung seitens des Patienten ist nur einmalig notwendig und gilt bis zu einem möglichen Widerruf.“ ergänzt. Dies erfolgt aufgrund offensichtlicher Unklarheiten auf Seiten der Leistungserbringer bezüglich der notwendigen Frequenz der Einholung einer möglichen Zustimmung zur weiteren Übermittlung personenbezogener QS-Daten (einschließlich ET-Nummer) an das Transplantationsregister.

3.3 Verfahren 6: Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)

Im Folgenden werden Änderungsempfehlungen zur fallbezogenen QS-Dokumentation und der Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen beschrieben und erläutert.

3.3.1 Fallbezogene QS-Dokumentation (HCH)

QS-Filter:

Im Modul HCH sind in einem Katalog von Einschlussprozeduren definierte koronarchirurgische Operationen, kathetergestützte Aortenklappeneingriffe, offen chirurgische Aortenklappeneingriffe, kathetergestützte Mitralklappeneingriffe und offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Es ergeben sich folgende Änderungen in den Auslösekriterien:

Änderung 1: Ergänzung einer OPS zu offen-chirurgischen Aortenklappeneingriffen im Einschlussfilter

Nach Hinweis der DKG zur Anwenderinformation EJ 2021 und nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe werden folgende OPS-Kodes in der Anwenderinformation und im Zählleistungsbereich für AK-CHIR ergänzt:

- OPS 5-358.09: Operation bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)

Die Ergänzung der OPS erfolgt analog der bereits für EJ 2021 durchgeführten Erweiterung der Anwenderinformation KCHK (OPS 5-351.07 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“) sowie OPS zu Aortenklappenersatz bei kongenitalen Aortenklappenanomalien - OPS 5-358.*)

Zählleistungsbereiche Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen

Für die Anwenderinformation AK-CHIR analog zum QS-Filter.

Für die restlichen Anwenderinformationen AK-KATH, KC, MK-CHIR und MK-KATH: keine Änderungen.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „medikamentöse Therapie der Herzinsuffizienz (zum Zeitpunkt der Aufnahme)“

Die Datenfeldbezeichnung wird mit folgendem Satz präzisiert: „Bitte geben Sie nachfolgend unbedingt **alle** verordneten Medikamentenklassen an. (Mehrfachauswahl möglich)“, um darauf aufmerksam zu machen, dass alle Medikamentenklassen zu dokumentieren sind. Basierend auf den bisherigen Daten wurde sehr häufig nur 1 Medikamentenklasse angegeben, obwohl die in diesem QS-Verfahren zu dokumentierenden Patienten in der Regel häufig 2 bis 3 Medikamentenklassen haben. Vermutung: Interpretation des Datenfeldes so, dass die Angabe einer Medikamentenklasse ausreichend sei.

Datenfeld „Anzahl“

Die Bezeichnung „Vor-OP(S) an Herz/Aorta“ vor dem Datenfeld „Anzahl“ wird ergänzt zu „Vor-OP(S) an Herz/Aorta **mit Perikarderöffnung**“, um zu konkretisieren welche Art von Vor-OPs hierunter zu verstehen sind, da dieses Datenfeld in die Risikoadjustierung zur Sterblichkeit einfließt.

Datenfeld „Anzahl“

Aufgrund des Hinweises der DKG wird der Ausfüllhinweis zum Datenfeld „Anzahl“ ergänzt zu „Es sollen alle Vor-OP(S) an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung dokumentiert werden.“, um zu konkretisieren welche Art von Vor-OPS hierunter zu verstehen sind, da dieses Datenfeld in die Risikoadjustierung zur Sterblichkeit einfließt.

Datenfeld „Morphologie der Mitralklappe auffällig?“

Die Datenfeldbezeichnung „Morphologie der Mitralklappe auffällig?“ soll zu „Morphologie der Mitralklappe (**inklusive Mitralklappenring und -halteapparat**) auffällig?“ ergänzt werden, um alle relevanten abhängigen Felder in der übergeordneten Fragestellung abzubilden.

Datenfeld „geplantes funktionelles Ergebnis erreicht“

Der Ausfüllhinweis wurde um die Schlüsselwerte „akzeptables Ereignis“ und „optimales Ereignis“ ergänzt, um diese beiden Ausprägungen schärfer voneinander abzugrenzen und zu quantifizieren:

„... Ergebnisbeurteilung auf Basis des vor dem Eingriff definierten Eingriffsziels.“

Als akzeptabel gilt bspw. eine Mitralklappeninsuffizienz ≤ 2 . Grades, ohne echokardiografische Zeichen einer relevanten Mitralklappenstenose oder eine Hämolyse (Stone et al. 2015). Als optimal gilt bspw. eine Mitralklappeninsuffizienz ≤ 1 . Grades, ohne echokardiografische Zeichen einer relevanten Mitralklappenstenose oder eine Hämolyse.

Datenfelder „neu aufgetretener Herzinfarkt“, „Reanimation“, „komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff“, „postprozedurales akutes Nierenversagen“, „postprozedural neu aufgetretene Endokarditis“, „Perikardtamponade“, „schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen (postprozedural)“

In den oben genannten Datenfeldern werden die postoperativen Komplikationen für Mitralklappeneingriffe erfasst. Da diese ebenso bei koronarchirurgischen und Aortenklappeneingriffen auftreten, soll die Dokumentation **für Aortenklappeneingriffe und Koronarchirurgie** an dieser Stelle entsprechend erweitert werden.

Datenfelder „mechanische Komplikationen durch eingebrachtes Fremdmaterial“, „paravalvuläre Leckage“

In den oben genannten Datenfeldern werden postoperative herzkappenbezogene Komplikationen für Mitralklappeneingriffe erfasst. Da diese Komplikationen ebenso bei Aortenklappeneingriffen auftreten, soll die Dokumentation **für Aortenklappeneingriffe** an dieser Stelle entsprechend erweitert werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.3.2 Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen (KCHK)

QS-Filter:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es folgende Änderungen in der Spezifikation zur Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenkassen:

1. Filterstufe:

KCHK_OPS_INDEX und KCHK_OPS_Ex (Einschluss- und Ausschluss-OPS) wurden analog der Listen HCH_OPS und HCH_OPS_EX in der Anwenderinformation zur stationären Dokumentation angepasst

Einschluss-OPSen (KCHK_INDEX):

Nach Hinweis der DKG zur Anwenderinformation EJ 2021 und nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe wurde der folgende OPS-Kode in der Anwenderinformation und im Zählleistungsbereich für AK-CHIR ergänzt:

- OPS 5-358.09: Operation bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzens: Aortenklappe: Klappenersatz durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“)

Die Ergänzung der OPS erfolgt analog zu der bereits für EJ 2021 durchgeführten Erweiterung der Anwenderinformation KCHK (OPS 5-351.07 Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch dezellularisiertes Allotransplantat („mitwachsende Herzklappe“) sowie OPSen zu Aortenklappenersatz bei kongenitalen Aortenklappenanomalien - OPS 5-358.*)

Leistungs- und Medikationsfilter

KCHK_OPS:

Streichung der OPS-Kodes, die gemäß aktuellem DIMDI-Katalog (Vorabversion 2021) nicht mehr existieren. OPS-Kode 88420b wird doppelt geführt. Dies betrifft die folgenden Codes:

- 5-346.5: Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch
- 5-35a.00: Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Implantation eines Aortenklappenersatzes: Endovaskulär
- 5-35a.2: Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenanuloplastik
- 5-362.08: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.18: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.28: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass einfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.38: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz

- 5-362.48: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.58: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass zweifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.68: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.78: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.88: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass dreifach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.98: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.a8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.b8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass vierfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.c8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.d8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.e8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass fünffach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.f8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach, durch Sternotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.g8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach, durch Thorakotomie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.h8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Bypass sechsfach, durch Endoskopie: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-362.x8: Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik: Sonstige: Mit autogenen Venen mit externem Stabilisierungsnetz
- 5-376.32: Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Extrakorporale Pumpe (z.B. Kreislumpumpe oder Zentrifugalpumpe),
- 5-376.82: Implantation und Entfernung eines herzunterstützenden Systems, offen chirurgisch: Parakorporale Pumpe, biventrikulär: Isolierter Pumpenwechsel, nicht offen
- 5-38a.14: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Bifurkationsprothese, aortobiliakal ohne Fenestrierung oder Seitenarm
- 5-38a.40: Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Arterien Becken: Stent-Prothese, iliakal ohne Seitenarm
- 5-38c.03: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Ein Stent: Gefäße Unterarm
- 5-38c.0b: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel

- 5-38c.13: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Zwei Stents: Gefäße Unterarm
- 5-38c.1b: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Zwei Stents: Gefäße Oberschenkel
- 5-38c.23: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Drei und mehr Stents: Gefäße Unterarm
- 5-38c.2b: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen ungecoverten Stents: Drei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 5-38d.03: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gecoverten Stents: Ein Stent: Gefäße Unterarm
- 5-38d.0b: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gecoverten Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 5-38d.13: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gecoverten Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Unterarm
- 538d1b: Offen chirurgische Implantation von nicht großlumigen gecoverten Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 5-38e.03: Offen chirurgische Implantation von großlumigen ungecoverten Stents: Ein Stent: Gefäße Unterarm
- 5-38e.13: Offen chirurgische Implantation von großlumigen ungecoverten Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Unterarm
- 5-38e.1b: Offen chirurgische Implantation von großlumigen ungecoverten Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 5-38.f3: Offen chirurgische Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterarm
- 5-38.fb: Offen chirurgische Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel
- 8-835.80: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: Rechter Vorhof
- 8-835.81: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: AV-Knoten
- 8-835.82: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: Rechter Ventrikel
- 8-835.83: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: Linker Vorhof
- 8-835.84: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren: Linker Ventrikel
- 8-835.c0: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: Rechter Vorhof
- 8-835.c1: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: AV-Knoten
- 8-835.c2: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: Rechter Ventrikel
- 8-835.c3: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: Linker Vorhof

- 8-835.c4: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: Linker Ventrikel
- 8-835.c5: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Gekühlte Radiofrequenzablation mit Messung des Anpressdruckes: Pulmonalvenen
- 8-835.d0: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes:
- 8-835.d1: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes: Rechter Vorhof
- 8-835.d2: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes: AV-Knoten
- 8-835.d3: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes: Linker Vorhof
- 8-835.d4: Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie: Ablation mit Hilfe dreidimensionaler, elektroanatomischer Mappingverfahren mit Messung des Anpressdruckes: Linker Ventrikel
- 8-836.09: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.0b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel
- 8-836.19: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.1b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon): Gefäße Oberschenkel
- 8-836.29: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-362.b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Laser-Angioplastie: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.39: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.3b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.69: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.6b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Fremdkörperentfernung: Gefäße Oberschenkel
- 8-367.9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836-7b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.89: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.8b: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Thrombektomie: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.p9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Rotationsthrombektomie: Andere Gefäße abdominal und pelvin

- 8-836.pb: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Rotationsthrombektomie: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.r9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Kryoplastie: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.rb: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Kryoplastie: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.wb: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Gefäße Oberschenkel
- 8-836.wc: (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Gefäße Unterschenkel
- 8-836.wx: (Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Atherektomie unter peripherem Embolieschutz: Sonstige
- 8-836.x9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-836.xb: Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Sonstige: Gefäße Oberschenkel
- 8-837.k1: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 2 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k2: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 2 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-839.43: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Implantation einer biventrikulären axialen Pumpe
- 8-839.45: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Implantation oder Entfernung einer transvasal platzierten axialen Pumpe zur Kreislaufunterstützung: Entfernung einer biventrikulären axialen Pumpe
- 8-840.09: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-840.0b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 8-840.19: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Andere Gefäße abdominal und pelvin
- 8-840.1b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Zwei Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-840.2b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Drei Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-840.3b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Vier Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-840.4b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Fünf Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-840.5b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Sechs und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-842.0b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Ein Stent: Gefäße Oberschenkel

- 8-842.0b: Doppelt gelistet
- 8-421.b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Zwei Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-842.2b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Drei Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-842.3b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Vier Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-842.4b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Fünf Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-425.5b: Perkutan-transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft): Sechs und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-845.0b: Perkutan-transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 8-845.1b: Perkutan-transluminale Implantation von ungedeckten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-846.0b: Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 8-846.1b: Perkutan-transluminale Implantation von gecoverten Cheatham-Platinum-Stents [CP-Stent]: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-849.0b: Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 8-849.1b: Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen ungedeckten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel
- 8-84a.0b: Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents: Ein Stent: Gefäße Oberschenkel
- 8-84a.1b: Perkutan-transluminale Implantation von sonstigen gecoverten großlumigen Stents: Zwei und mehr Stents: Gefäße Oberschenkel

Es wird empfohlen, folgende OPS-Kodes, die im Entwicklungsbericht „Weiterentwicklung der Leistungsbereiche Aortenklappenchirurgie, isoliert und Koronarchirurgie, isoliert (Follow-up mit Sozialdaten) Abschlussbericht“ enthalten sind, jedoch versehentlich nicht in die Spezifikation für EJ 2020 und EJ 2021 übernommen wurden, hinzuzufügen (AQUA 2015):

- 5-351.07: Ersatz von Herzklappen durch Prothese. Aortenklappe: Durch dezellularisiertes Al-
lotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- 5-352.08: Wechsel von Herzklappenprothesen: Aortenklappe: Xenotransplantat/Kunstpro-
these durch dezellularisiertes Allotransplantat ("mitwachsende Herzklappe")
- 8-837.60: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive
Thrombolyse: Eine Koronararterie
- 8-837.61: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Selektive
Thrombolyse: Mehrere Koronararterien
- 8-837.8: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen
einer Prothese

- 8-837.9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Verschluss einer Koronarfistel
- 8-837.k3: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k4: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 2 Stents in mehreren Koronararterien
- 8-837.k5: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k6: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 3 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.k7: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.k8: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 4 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.k9: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.ka: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: 5 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.kb: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in eine Koronararterie
- 8-837.kc: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines nicht medikamentefreisetzenden Stents: Mindestens 6 Stents in mehrere Koronararterien
- 8-837.x: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Sonstige
- 8-837.y: Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: N.n.bez.

3.4 Verfahren 7: Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)

QS-Filter:

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

Für das Erfassungsjahr 2022 ergeben sich keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 werden keine Änderungen in den QS-Dokumentation empfohlen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.5 Verfahren 8: Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)

QS-Filter:

Im Modul PNEU sind Lungenentzündungen, die außerhalb des Krankenhauses erworben und im Krankenhaus behandelt wurden, bei Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien:

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 werden keine Änderungen in den QS-Dokumentation empfohlen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.6 Verfahren 9: Mammachirurgie (QS MC)

QS-Filter:

Dokumentationspflichtig sind im Modul 18/1 alle offenen Biopsien sowie alle tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Streichung des Datenfeldes „Histologischer Typ“ unter „Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund:“

bei Redundanz vorgesehen.

Datenfeld „Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“

Das Datenfeld „Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?“ soll eine Ergänzung des Schlüsselwertes „0 = keine Nachoperation“ erhalten und erfasst dann auch die Information des Datenfeldes „Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen“, welches gestrichen werden soll, im Ausfüllhinweis soll die Definition von „R0“ aufgenommen werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.7 Verfahren 10: Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)

QS-Filter:

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien:

QS-Dokumentation:

Datenfelder „pT“, „pN“, „M“ und „G“ unter „wenn führender Befund maligne“

Diese Datenfelder werden bereits seit über vier Jahren nicht genutzt und ausgewertet, da es zu diesen Feldern keine Qualitätsindikatoren gibt. Bisher wurde die Datenerhebung damit begründet, dass im Rahmen einer Weiterentwicklung des QS-Verfahrens durch die Datenfelder neue Erkenntnisse gegeben werden. Derzeit ist allerdings nicht klar, wann eine Weiterentwicklung beauftragt wird. Da im Sinne der Datensparsamkeit keine Daten über einen längeren Zeitraum, erhoben werden sollen, die nicht ausgewertet werden, wird die Datenfeldstreichung empfohlen.

Datenfeld „perioperative Antibiotikaphylaxe“

Es wird empfohlen, diese Datenfelder zu streichen. Da diese Datenfelder nur für das Bundesland Hessen erhoben wurden und hier keine weiteren Auswertungen mehr dazu erfolgen, werden die Datenfelder nicht mehr benötigt und werden vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Eingriff im Rahmen der Zusatzerhebung Leiomyom des Uterus“

Es wird empfohlen, diese Datenfelder zu streichen. Da diese Datenfelder nur für das Bundesland Hessen erhoben wurden und hier keine weiteren Auswertungen mehr dazu erfolgen, werden die Datenfelder nicht mehr benötigt und werden vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit zur Streichung empfohlen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.8 Verfahren 11: Dekubitusprophylaxe (QS DEK)

QS-Filter:

Im Modul DEK sind alle Fälle von Patientinnen und Patienten ab 20 Jahren mit Dekubitus Grad/Kategorie 2 oder höhergradig oder mit nicht näher bezeichneten Dekubitalulcera (ohne Angabe einer Kategorie / eines Grades) dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es folgende Änderungen in den Auslösekriterien.

Filteranpassung Altersgrenze ≤ 120

Bisher existiert eine Plausibilitätsprüfung, die die Leistungserbringer darauf hinweist, dass ein sehr hohes Alter angegeben wurde. Allerdings wäre es für die QS-Erfassung sowie der Risikostatistik sinnvoll, wenn die Altersobergrenze ≤ 120 Jahre in den Filter mitaufgenommen werden könnte. Durch diese Änderung könnte die Plausibilitätsregel entfallen.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 werden keine Änderungen in den QS-Dokumentation empfohlen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das EJ 2022 wird empfohlen, die folgende Erläuterung zum Minimaldatensatz zu ergänzen.

Wird ein Patient nach einer plastischen Deckung verlegt, ist die Haupt-/Verlegungsdiagnose automatisch der Dekubitus. Allerdings ist der Dekubitus sowohl bei Aufnahme wie auch bei Entlassung eigentlich nicht mehr vorhanden.

In diesem Fall ist für den Verlegungsfall ein Minimaldatensatz anzulegen, da trotz Dokumentation kein Dekubitus vorliegt.

Risikostatistik Dekubitusprophylaxe (DEK)

Bisher existiert eine Plausibilitätsprüfung, die die Leistungserbringer darauf hinweist, dass ein sehr hohes Alter angegeben wurde. Allerdings wäre es für die QS-Erfassung sowie die Risikostatistik sinnvoll, wenn die Altersobergrenze ≤ 120 Jahre in den Filter mitaufgenommen werden könnte. Durch diese Änderung könnte die Plausibilitätsregel entfallen.

3.9 Verfahren 12: Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

3.9.1 Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

QS-Filter:

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen“ streichen

Das Datenfeld wird nicht zur Berechnung eines Indikators verwendet, war jedoch zur Durchführung des Strukturierten Dialogs zum QI „Leitlinienkonforme Indikation“ (ID 101803) relevant. Nach Bewertung aktueller Auswertungen und Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld jedoch nicht mehr notwendig und kann gestrichen werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.9.2 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)**QS-Filter:**

Im Modul 09/2 sind isolierte Aggregatwechsel von Herzschrittmachern dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

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

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.9.4 Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (09/4)**QS-Filter:**

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfeld „Zahl der verwendeten Ventrikelsonden“ streichen**

Dieses Datenfeld war bislang für die Erhöhung der Datenvalidität relevant. Anfragen von Leistungserbringern ergaben jedoch, dass dieses Datenfeld in bestimmten Fällen ein konsistentes Ausfüllen des Dokumentationsbogens erschwerte. Das Datenfeld wird somit als nicht mehr sinnvoll zur Erhöhung der Datenvalidität betrachtet und sollte gestrichen werden.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

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

Im Modul 09/5 sind Aggregatwechsel implantierbarer Defibrillatoren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

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

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:**Datenfelder „Aggregat: Jahr der Implantation“**

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Jahr der Implantation nicht bekannt“

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten Vorhofsonde“

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten ersten Ventrikelsonde/Defibrillationssonde“

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten zweiten Ventrikelsonde“

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten dritten Ventrikelsonde“

Dieses Datenfeld wurde zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Datenfeld „Zeitabstand zur Implantation der revidierten, explantierten bzw. stillgelegten anderen Defibrillationssonde(n)“

Dieses Datenfeld wurden zur Berechnung der Indikatoren zur Indikation zum Folgeeingriff (IDs 52328, 52001 und 52002) verwendet. Diese Indikatoren wurden jedoch durch Follow-up-Indikatoren ersetzt. Nach Rücksprache mit der Bundesfachgruppe ist dieses Datenfeld nicht mehr notwendig und wird zur Streichung empfohlen.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.10 Verfahren 13: Perinatalmedizin (QS PM)

3.10.1 Geburtshilfe (16/1)

QS-Filter:

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

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.10.2 Neonatologie (NEO)

QS-Filter:

Im Modul NEO sind alle Fälle von Neugeborenen, die innerhalb der ersten 7 Lebenstage stationär aufgenommen oder innerhalb eines definierten Zeitraums zuverlegt werden und bestimmte Kriterien erfüllen oder im Kreißsaal verstorben sind, dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Datenfeld „Datum der Untersuchung“

Im bisherigen Titel des Datenfelds wurde nicht deutlich genug, dass hier das Datum der ersten Augenuntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings eingetragen werden soll. Diese Untersuchung ist an einen bestimmten Zeitraum (laut Leitlinie) geknüpft. Daher war es möglich, dass zwar das Krankenhaus die Untersuchung im korrekten Zeitraum durchgeführt hat, aber ein anderes Datum in diesem Datenfeld dokumentiert hat. Mit der Präzisierung des Titels in „Datum des ersten ROP-Screenings“, soll dies künftig vermieden werden. Zudem sind in Bezug auf dieses Datenfeld die Einführung eines AK bzw. eines QI geplant.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.11 Verfahren 14: Hüftgelenkversorgung (QS HGV)

3.11.1 Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)

QS-Filter:

Im Modul 17/1 sind alle isolierten Schenkelhalsfrakturen und pertrochantären Femurfrakturen ohne schwerwiegende Begleitverletzungen, die ausschließlich osteosynthetisch versorgt werden, bei Patientinnen oder Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.11.2 Hüftendoprothesenversorgung (HEP)

QS-Filter:

Im Modul HEP sind alle Erstimplantationen einer Hüftendoprothese und alle Hüftendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

3.12 Verfahren 15: Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

QS-Filter:

Im Modul KEP sind alle Erstimplantationen einer Knieendoprothese oder einer unikondylären Schlittenprothese und alle Knieendoprothesenwechsel oder -komponentenwechsel bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren dokumentationspflichtig.

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Auslösekriterien.

QS-Dokumentation:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen an der QS-Dokumentation.

Erläuterungen zum Minimaldatensatz:

Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es keine Änderungen in den Erläuterungen zum Minimaldatensatz.

Literatur

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Weiterentwicklung der Leistungsbereiche *Aortenklappenchirurgie, isoliert* und *Koronarchirurgie, isoliert* (Follow-up mit Sozialdaten). Abschlussbericht. Stand: 20.01.2015. Göttingen: AQUA. URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/557_Weiterentwicklung_Herzchirurgie/FU_Herzchirurgie_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 08.01.2021).

Stone, GW; Adams, DH; Abraham, WT; Kappetein, AP; G  n  reux, P; Vranckx, P; et al. (2015): Clinical trial design principles and endpoint definitions for transcatheter mitral valve repair and replacement: part 2: endpoint definitions: A consensus document from the Mitral Valve Academic Research Consortium. *European Heart Journal* 36(29): 1878-1891. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv333.