

## Ausfüllhinweise für das Modul 15/1 "Gynäkologische Operationen"

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
1	Fallpauschalen-Nummer	FPNUMMER	
2	Sonderentgelt-Nummer	SENUMMER	
2,1	FP/SE-Katalog-Version	FPSEVERSION	
3	Institutionskennzeichen	IKNRKH	9-stellige Nummer, die jedes Krankenhaus beantragen muss, sie ist gemäß § 301 SGB V für die Datenübermittlung vorgeschrieben.
3,1	Betriebsstätte	BSNR	Die Betriebsstättennummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. 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. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.
4	Fachabteilung	FACHABT	4-stellige Fachabteilungsnummer. Schlüssel 6 der Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 SGB V. Entspricht Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA): Bettenführende Fachabteilungen; Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Klinik intern vergebener Kode für den Patienten.
5	Identifikationsnummer der Patientin	IDNRPAT	
6	Geburtsjahr	GEBJAHR	Geburtsjahr (JJJJ) des Patienten.
7	Aufnahmedatum	AUFNDATUM	Kalenderdatum (TT.MM.JJJJ) der Aufnahme.
7,1	Aufnahmezeit	AUFZEIT	Uhrzeit (StdStd:MinMin) der Aufnahme.
8	Vorstationäre Behandlung	VORSTATBEH	Dauer (Tage) einer vorstationären Behandlung.
9	Nachstationäre Behandlung	NACHSTATBEH	Dauer (Tage) einer nachstationären Behandlung.
10	Einweisungsdiagnose ICD-10	EINWDIAGLIST	Falls eine Einweisung oder Überweisung zur Behandlung vorliegt, bitte zunächst die Diagnose(n) eintragen, die der einweisende Arzt gestellt hat.
10,1	Einweisungsdiagnose ICD-10-Version	EINWDIAGVERS	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
11	Einweisender (KV-IK)	EINWEISIK	Bei einer Einweisung durch einen Kassenarzt kann die entsprechende KV-Nummer des Vertragsarztsitzes oder bei Verlegung aus einem anderen Krankenhaus kann das entsprechende Institutionskennzeichen angegeben werden.
11,1	Einweisende Betriebsstätte	EINWEISBSNR	Zusätzlich kann eine Betriebsstättennummer des einweisenden Krankenhauses angegeben werden.
12	Aufnahmediagnose ICD-10	AUFNDIAGLIST	Die nach der Anamnese und klinisch-/apparativer Eingangs-Untersuchung vorliegende/n Aufnahmediagnose/n nach ICD-10 SGB V Version 2.0 eintragen. Falls mehr als drei Diagnosen vorliegen, bitte nur die Hauptdiagnose an der ersten Stelle und die erste und zweite Nebendiagnose in die verbleibenden Felder eintragen.
12,1	Aufnahmediagnose ICD-10-Version	AUFNDIAGVERS	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
13	Aufnahmegrund	AUFGRUND	Kode nach dem Schlüssel 3 (gemäß § 301 SGB V; Auszug).
14	Geplante Verweildauer	GEPVWDAU	Voraussichtliche Verweildauer (Tage).
15	Indikation zur OP aufgrund Anamnese und klin./app. Diagnostik gesichert (s.a. FP/SE-Indikationen-Katalog)	SICHER	Ist die Indikation zur Operation nach gründlicher Anamnese sowie klinischer und apparativer Diagnostik erfolgt? Mit der Eingabe "1" = ja wird bestätigt, dass die medizinisch zur Diagnosefindung notwendigen Untersuchungen und deren Befunde in den entsprechenden Krankenakten dokumentiert und einer eventuellen Überprüfung zugänglich sind.
16	Präoperative Risikoeinstufung (ASA)	ASA	ASA = American Society of Anesthesiologists.
17	Notfall	NOTFALL	Eine "1" = ja eingeben, wenn wegen eines plötzlich auftretenden vital bedrohlichen Zustand die Operationsvorbereitung inkomplett bleiben musste. Ausserdem soll eine "1" = ja eingegeben werden, wenn eine Patientin außerhalb des regulären Operationsprogrammes innerhalb von 12 Stunden nach stationärer Aufnahme operiert werden muß.
18	Spezielle Diagnostik bei Mamma-OP: Hormonrezeptoren bestimmt	HORMREZ	Nur bei Mamma-Operationen wird markiert, ob Hormonrezeptoren bestimmt wurden.
19	Spezielle Diagnostik bei Mamma-OP: Präoperative Röntgenlokalisierung	ROENTLOK	Eine "1" = ja eingeben, wenn eine präoperative Markierung des Tumors / Mikrokalks durchgeführt wurde, beispielsweise mit röntgendichtem Material unter Durchleuchtung. Eine "0" = nein eingeben, wenn lediglich eine präoperative Mammographie oder Ultraschalluntersuchung vorgenommen wurde.
20	Spezielle Diagnostik bei Mamma-OP: Präparatröntgen durchgeführt	PRAEPROE	Wurde nach der Operation eine radiologische Kontrolluntersuchung des Präparates durchgeführt?
21	Zwischendiagnose ICD-10	ZWIDIAG	Hier können Diagnosen angegeben werden, die sich von den Aufnahmediagnosen und auch den Einweisungsdiagnosen unterscheiden. Sie können sich aus der präoperativen Diagnostik ergeben und eventuell für die Begründung der Verlängerung einer Verweildauer von Bedeutung sein. Diagnose-Kodes nach ICD-10 Version 2.0. Wichtigste Diagnose an erster Stelle, weitere zwei Stellen nach dem Rang der Wichtigkeit.
21,1	Zwischendiagnose ICD-10-Version	ZWIDIAGVERS	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
22	Medikamentöse Thromboseprophylaxe	THROMBPROPH	Wurde eine medikamentöse Thromboseprophylaxe durchgeführt?
23	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	ANTIBIOPRPH	Wurde eine kurzzeitige (maximal 3 Einzelgaben) perioperative Antibiotikaprophylaxe vorgenommen?
24	Operations-Datum	OPDATUM	Kalenderdatum (TT.MM.JJJJ) der Operation.

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
25	Operations-Zugang	OPZUGANG	Verwendung des Schlüssel 4: Operations-Zugang. Mit dem Kode 9 sind auch alle übrigen nicht aufgeführten Zugangswege zu verschlüsseln; Beispiele: Mammaoperationen, Marsupialisation. Ausnahmeregelung: Ist primär der kombinierte Zugang laparoskopisch und vaginal geplant, dann ist derzeit mit 9 zu kodieren; Kode 5 verschlüsselt den ungeplanten Umstieg.
26	Durchgeführte Prozeduren (OPS-301 Version 2.0)	OPSLIST	Für die Kodierung der Operationen im Jahr 2002 ist die OPS-301 Version 2.1 gültig.
26,1	OPS-301-Version	OPSCHLVERS	Für die Kodierung der Operationen im Jahr 2002 ist die OPS-301 Version 2.1 gültig.
27	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Naht-Zeit)	OPDAUER	Die Operationsdauer ist als Schnitt-Naht-Zeit definiert mit der Angabe in Minuten.
28	Revisions-Operation aufgrund von Komplikationen	REVISOP	Revisionen nach Ersteingriff werden eingetragen (weitere Revisionen werden nicht dokumentiert).
29	Blutübertragung	BLUTTRANSF	Transfusion von Blutprodukten: Erythrozytenkonzentration, Thrombozytenkonzentration, Frischplasma.
30	Blutmenge	BLUTMENGE	Gesamtmenge der übertragenen Blutprodukte in ml.
31	OP-Team: Operateur (Qualifikation)	OPQUAL	
31,1	OP-Team: Operateur (Nummer)	OPERATEURNR	Klinik intern kann eine Nummer vergeben werden.
32	OP-Team: 1. Assistent ja/nein	ASSISTJN	
32,1	OP-Team: 1. Assistent (Qualifikation)	ASSISTENT	
32,2	OP-Team: 1. Assistent (Nummer)	ASSNR	Klinik intern kann eine Nummer vergeben werden.
33	Anzahl ärztlicher Assistenten bei OP	AERZT	
33,1	Anzahl nicht-ärztlicher Assistenten bei OP	NAERZT	
34	OP-Pflegekraft ja/nein	OPPFLEGEJN	
34,1	Qualifikation der OP-Pflegekraft	OPPFLEGEJYN	
35	Anästhesieart: Allgemein-anästhesie	ALLGEMEINANA	
36	Anästhesieart: Regionalanästhesie	REGIONALANAE	Im Fall einer Regionalanästhesie (=Lokalanästhesie) ist immer anzugeben, ob sie vom Operateur oder vom Anästhesisten durchgeführt wurde. Wird in beiden Zeilen 35 und 36 eine "0" = nein eingegeben, dann wird davon ausgegangen, dass keine Anästhesie vorgenommen worden ist. Wird in Zeile 35 eine "1" eingegeben und in Zeile 36 eine "1" oder "2" eingegeben, erscheint ein Hinweis, da in diesem Fall davon ausgegangen wird, dass eine Kombination aus Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie vorgenommen wurde.
37	Ambulante Operation(en)	AMBULANT	Gemeint ist die ambulante und die primär als ambulant geplante Operation. Siehe auch Zeile 47.
38	KV-Nr. Operateur	KVOPERA	

<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung des Feldes</b>	<b>Feldkürzel in der Spezifikation</b>	<b>Anweisung</b>
39	Lfd. Operationsnummer	LFDOPNR	
40	Präoperative Diagnose ICD-10	ICD10	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
40,1	Präoperative Diagnose ICD-10-Version	PROPICD10VER	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
41	OP (EBM)	OPEBM	
42	Intraoperative Blutung	IOPBLUT	
43	Histologischer Befund bei Malignität (ICD-O)	ICDO	
44	Anästhesieart (EBM)	EBM	
45	Dauer der Anästhesie	ANDAUER	
46	Revisionseingriff erforderlich	REVERFOJN	Es muss auf jeden Fall dokumentiert werden, ob im Verlauf ein Revisionseingriff notwendig wurde.
47	Stationäre Weiterbehandlung erforderlich	STATWEIT	Stationäre Aufnahme bei primär als ambulant geplanter Operation.
48	Intraoperative Komplikationen	IOPKOMPJN	Lagen intraoperative Komplikationen vor?
48,1	Intraoperative Komplikationen Schlüssel	IOPKOMP	Wenn ja, Kodierung nach Schlüssel 5: Intraoperative Komplikationen.
49	Postoperative Komplikationen	POPKOMPJN	Lagen postoperative Komplikationen vor?

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
49,1	Postoperative Komplikationen Schlüssel	POPKOMP	<p>Wenn ja, Kodierung nach Schlüssel 6: Postoperative Komplikationen. Folgende Hinweise für die Codes 05, 13 und 14 sollen beachtet werden. Für Kode 06 gibt es unten eine ausführliche Beschreibung.</p> <p>Kode 05. Infektionen der ableitenden Harnwege. Mehr als 100000 Keime pro ml wurden im Urin nachgewiesen.</p> <p>Kode 13. Fieber &gt; 38°C (ab 3. Tag postop. &gt; 48 h). Nach dem zweiten postoperativen Tag wird eine zentrale Körpertemperatur von mehr als 38°C über einen Zeitraum von mindestens 48 Stunden gemessen.</p> <p>Kode 14. Sepsis. Hohes, (auch intermittierendes) Fieber, schwere Allgemeinerkrankung, Septikämie (Nachweis Blutkultur) und ein Sepsisherd sind vorhanden.</p> <p><b><u>Kode 06. Wundinfektion.</u></b></p> <p>Für Kode 06 sollen die CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen angewendet werden. Da für 2002 noch keine Auswahl für die Eingabe A1, A2 oder A3 vorhanden ist, soll der Kode 06 dann dokumentiert werden, wenn eine der drei Definitionen zutrifft.</p> <p>Die CDC-Definitionen nosokomialer Infektionen bilden die Grundlage für eine nach einheitlichen Maßstäben erfolgende Erfassung und Bewertung dieser Infektionen gemäß § 23 IfSG. Herausgeber: Das Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) und das Robert-Koch-Institut. Web: <a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a>; Krankenhaushygiene, Definitionen nosokomialer Infektionen.</p> <p>Der Kode 06 ist anzugeben, wenn <b>eine</b> der folgenden Definitionen A1, A2 oder A3 der Operationsgebiet-Infektionen für den stationären Aufenthalt zutrifft.</p> <p><b><u>A1 Oberflächliche Infektion des Operationsschnittes</u></b>  Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht <b>und</b> eines der folgenden Anzeichen tritt auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.</li> <li>2) Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebekultur von der oberflächlichen Inzision.</li> <li>3) Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Empfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, <b>und</b> Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst, es sei denn, es liegt eine negative Kultur vor.</li> <li>4) Diagnose des Chirurgen.</li> </ol>

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
			<p><u>A2 Tiefe Infektion des Operationsschnittes</u></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von einem Jahr, wenn Implantat<sup>1</sup> in situ belassen), <b>und</b> Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen <b>und</b> erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe <b>und</b> eines der folgenden Kriterien ist erfüllt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Eitrige Sekretion aus dem tiefen Einschnitt, aber nicht aus dem Organ bzw. Raum, da dies zu der Kategorie A3 gehört.</li> <li>2) Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (&gt;38°C), lokalisierter Schmerz oder Empfindlichkeit, es sei denn, es liegt eine negative Kultur vor.</li> <li>3) Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder durch radiologische Untersuchungen ersichtlich.</li> <li>4) Diagnose des Chirurgen.</li> </ol> <p><u>A3 Infektion von Räumen und Organen im Operationsgebiet</u></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von einem Jahr, wenn Implantat<sup>1</sup> in situ belassen), <b>und</b> Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen <b>und</b> erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, <b>und</b> eines der folgenden Anzeichen tritt auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Eitrige Sekretion aus einem Drain, der Zugang zu dem tiefen Organ oder Raum hat.</li> <li>2) Isolation eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem tiefen Organ oder Raum.</li> <li>3) Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion ist bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder durch radiologische Untersuchungen ersichtlich.</li> <li>4) Diagnose des Chirurgen.</li> </ol> <p>Definition Implantat:  Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingepflanzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird. (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Herzklappen (vom Schwein oder synthetische)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z.B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p>
49,2	Postoperative Komplikationen, Befunder	POPKOMP	
50	Postoperative Histologie	HISTOLJN	Wurden histologische Untersuchungen gemacht, die sich auf eine gynäkologische Operation zurückführen lassen?
50,1	Postoperative Histologie Schlüssel	HISTOL	Kodierung nach Schlüssel 7: Histologie. Wurden Präparate mit gynäkologischem Bezug histologisch untersucht? Der Befund einer Appendix vermiformis, die zeitgleich entnommen wurde, wird hier nicht dokumentiert.
50,2	pT	TNMPT	Kodierung nach Schlüssel 8: pT

Zeile	Bezeichnung des Feldes	Feldkürzel in der Spezifikation	Anweisung
50,3	pN	TNMPN	Kodierung nach Schlüssel 9: pN
50,4	pM	TNMPM	Kodierung nach Schlüssel 10: pM
50,5	G	TNMG	Kodierung nach Schlüssel 11: pG
51	bei Hyster-ektomie: Uterusgewicht (von Pathologie)	UTERGEW	Bei Hysterektomien wird das vom Pathologen gewogene Uterusgewicht (g) angegeben werden.
52	bei Mamma-reduktions-plastik: Gewicht rechts	PLASTRE	Bei beidseitigen Mammareduktionsplastiken das Gewicht (g) für die rechte Mamma.
53	bei Mamma-reduktions-plastik: Gewicht links	PLASTLI	Bei beidseitigen Mammareduktionsplastiken das Gewicht (g) für die linke Mamma.
54	Ausschluß Harnstau (Sonographie)	HARNSTAU	Wurde postoperativ eine sonografische Diagnostik zum Ausschluß eines Harnstaus durchgeführt?
55	Systemische Antibiotikagabe	SYSTAB	Wurde eine postoperative systemische Antibiotikatherapie (> 1Tag) durchgeführt?
56	Physikalische Therapie (z.B. Beckenbodengymnastik)	PHYSIKTH	Wurdene physikalische therapeutische Maßnahmen durchgeführt? Beispiele: Krankengymnastik, Beckenbodengymnastik.
57	Adjuvante Therapie vereinbart / geplant	ADJUVTH	Wurden adjuvante therapeutische Maßnahmen bei Tumorerkrankungen vereinbart oder geplant? Beispiele: Hormontherapie, Radiotherapie, Immuntherapie, Chemotherapie, auch Kombinationen.
58	Entlassungsgrund	ENTLGRUND	Kode nach Schlüssel 2: Entlassungsgrund.
59	IK der Klinik (bei Verlegung)	VERLIK	Bei Eingabe des Kode 06 (Verlegung in ein anderes Krankenhaus) oder des Kode 08 (Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit) nach Schlüssel 2 (Entlassungsgrund) in Zeile 58, kann das 9-stellige Institutionskennzeichen (IK) dieser Klinik angegeben werden.
59,1	Betriebsstätte (bei Verlegung)	VERLBS	Gegebenenfalls kann zur weiteren Unterteilung die interne Nummer für eine Betriebsstätte dieser Klinik angegeben werden.
60	Sektion erfolgt (bei Entlassungsgrund 07)	SEKTION	Wurde eine Sektion durchgeführt? Bedingung ist die Eingabe des Kodes 07 (Tod) nach Schlüssel 2 (Entlassungsgrund) in der Zeile 58.
61	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose ICD-10	ENTLDIAGLIST	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
61,1	Entlassungs-/Verlegungsdiagnose ICD-10-Version	ENTLDIAGVERS	Für die Kodierung der Diagnosen im Jahr 2002 ist die ICD-10 Version 2.0 gültig.
62	Entlassungsdatum	ENTLDATUM	Kalenderdatum (TT.MM.JJJJ) der Entlassung.
62,1	Entlassungszeit	ENTZEIT	Uhrzeit (StdStd:MinMin) der Entlassung.