

Ausfüllhinweise Modul 12/2: Appendektomie

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
1	Institutionskennzeichen	IKNr		Das IK wird bei der Datenübermittlung zwischen den Gesetzl. Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet. Die IK werden durch die Sammel- und Vergabestelle IK in St. Augustin vergeben und gepflegt. Bitte dass bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK verwenden.
1,1	Betriebsstätten-Nummer			Dieses Datenfeld dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung (immer „1“) kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
2	Fachabteilung	Fachabt	§ 301-Vereinbarung	
3	Identifikationsnummer des Patienten			Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt.
4	Geburtsdatum			
5	Geschlecht	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	
6	Aufnahmedatum Krankenhaus			Datum der Aufnahme ins Krankenhaus.
7	Aufnahmedatum Fachabteilung			Datum der letzten Aufnahme- oder Verlegungsbewegung vor der ersten dokumentierten Operation. In der Regel = Aufnahmedatum ins Krankenhaus
8	V.a. akute Appendizitis	JN	1 = ja 0 = nein	Angaben zum präoperativen Untersuchungsbefund eintragen. Wenn V. a. akute Appendizitis mit ja angegeben wird, dann ist mindestens eine Angabe in den Items 9-12 erforderlich.
9	klinischer Befund	Jleer	1 = ja	Hierunter wird der vom untersuchenden Arzt erhobene körperliche Befund verstanden.
10	Leukozytose	Jleer	1 = ja	Anstieg der Leukozyten über 12. 000 Zellen/µl
11	Temperatur (> 38° C rektal)	Jleer	1 = ja	
12	Sonographie	Jleer	1 = ja	Angabe, ob sonografische Entzündungszeichen der Appendix vorliegen.
13	Einstufung nach ASA-Klassifikation	ASA	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	Risikoklassifikation: ASA= American Society of Anesthesiologists
14	OP-Datum			Eingabe des OP-Datums TT.MM.JJJJ
15	Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)	praeCDC	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC – Kriterien: Bitte beachten: Eine Appendektomie ist per Definition in keinem Fall ein aseptischer Eingriff, sondern mindestens als „bedingt aseptischer Eingriff“ zu klassifizieren.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z. B. <i>elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</i></p> <p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <p>- z. B. <i>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.</i></p> <p>3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z. B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrigte Entzündung vorhanden ist. - z. B. <i>abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung</i></p> <p>4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z. B. <i>OP nach Darmperforation, bei eitrigem Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom.</i></p> <p><i>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</i></p>
16	Operation OPS-301	OPS301		Eingabe der durchgeführten Prozeduren
16,1	OPS-301-Version	OPSVersion	1 = OPS-301 Version 1.1 2 = OPS-301 Version 2.0 3 = OPS-301 Version 2.1 4 = OPS-301 Version 2004	
17	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)			
18	auffälliger Befund	JN	1 = ja 0 = nein	Hier ist der intraoperativ erhobene klinische (makroskopische) Befund anzugeben.
19	akut entzündet	Jleer	1 = ja	Akute Entzündungszeichen der Appendix
20	phlegmonös	Jleer	1 = ja	
21	Perforation	Jleer	1 = ja	
22	Abszeß	Jleer	1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
23	anderer Befund	Jleer	1 = ja	
24	histologische Untersuchung	JN	1 = ja 0 = nein	
25	histologischer Befund	JN	1 = ja 0 = nein	Angaben ob ein histologischer Befund vorliegt
26	auffällig	JN	1 = ja 0 = nein	Besteht in dem vorliegenden pathologisch-histologischen Befund der Appendix eine Auffälligkeit, dann ist „ja“ anzugeben.
27	akut entzündet	Jleer	1 = ja	
28	chronisch entzündet	Jleer	1 = ja	
29	Perforation	Jleer	1 = ja	
30	sonstiger auffälliger histologischer Befund	Jleer	1 = ja	Hier sollen auffällige histo-pathologische Befunde dokumentiert werden, die nicht von den Items 26-29 erfasst werden.
31	eingriffsspezifische behandlungsbedürftige intra- und postoperative Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	Hier sind Komplikationen anzugeben, die auf den Eingriff zurückzuführen und behandlungsbedürftig sind (z. B. mit erneuter Operation oder endoskopischer Intervention).
32	Organverletzung	Jleer	1 = ja	Hier sind intraoperative, intraabdominelle Organverletzungen zu dokumentieren
33	Wundhämatom/Nachblutung	Jleer	1 = ja	Hier ist „ja“ anzugeben, wenn im Zusammenhang mit dem Primäreingriff eine Intervention wegen Blutung/ Hämatom erforderlich wird (OP, Punktion, Bluttransfusion).
34	Sonstige	Jleer	1 = ja	
35	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Angabe zur postoperativen (eingriffsbezogenen) Wundinfektion. Wenn die Angabe mit 1 = Ja beantwortet worden ist ist die Einteilung der Wundinfektion nach CDC-Klassifikation anzugeben:</p> <p>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war. Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten und der Ergebnisse von paraklinischen Untersuchungen. • Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden • Laborbefunde können kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. • Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigrafie- und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen. • Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für eine Infektion, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten).</p> <p>Die nosokomialen Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein.</p> <p>Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben wurden und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial.</p> <p>Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen, es sei denn, ein Erregerwechsel oder das Auftreten neuer Symptome deutet stark auf eine neu erworbene Infektion hin.</p> <p>Eine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten, aber ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p>
36	CDC-Klassifikation	postCDC	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<p>Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit 1 = Ja beantwortet worden ist.</p> <p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision. 3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat. 2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. 3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
37	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Angabe der allgemeinen postoperativen Komplikation (Abgrenzung zu den chirurgischen Komplikationen). Wenn die Angabe mit 1 = Ja beantwortet worden ist, ist mindestens eine der folgenden Komplikationen anzugeben.</p>
38	Pneumonie	Jleer	1 = ja	<p>Pneumonie muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. 2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. • Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten. • Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben. • Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.
39	kardiovaskuläre Komplikation(en)	Jleer	1 = ja	Komplikationen des Herzen oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
40	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	Jleer	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
41	Lungenembolie	Jleer	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
42	Harnwegsinfekt	Jleer	1 = ja	<p>Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC)</p> <p>muss eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eines der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eine Urinkultur von > 10⁵ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen. 2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> • Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv • Pyurie (> 10 Leukozyten/ml oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin) • Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen • zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10² koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin • Urinkultur mit < 10⁵ KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden • Diagnose des Arztes <p>Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.</p>
43	Sonstige	Jleer	1 = ja	
44	Entlassungsdatum Fachabteilung			Datum der ersten Entlassungs- oder Verlegungsbewegung nach der letzten dokumentierten Operation. In der Regel: Entlassungsdatum aus dem Krankenhaus
45	Entlassungsdatum			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
	Krankenhaus			
46	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10	ICD10		Angabe der Entlassungsdiagnose(n) nach ICD-10
46,1	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000 3 = ICD-10-GM Version 2004	
47	Entlassungsgrund	EntlGrund	§ 301-Vereinbarung	Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 47) sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 48, 49). Der Entlassungsgrund 9 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) ist auch dann anzugeben, wenn der Patient zwischenzeitlich kurzfristig nach Hause entlassen wird und seine Rehabilitationsmaßnahme von dort aus antritt.
48	Tod im Zusammenhang mit der zugrunde liegenden Erkrankung	JN	1 = ja 0 = nein	Hier ist „ja“ anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette die dokumentierte Leistung aufgeführt ist.
49	Sektion erfolgt	JN	1 = ja 0 = nein	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 47).