

## Ausfüllhinweise Modul 15/1: Gynäkologische Operationen

| 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.<br>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.<br>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 der Patientin                                |            |  | Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt.   |
| 4     | Geburtsdatum   |            |  |  |
| 5     | Aufnahmedatum Krankenhaus  |            |  | Datum der Aufnahme ins Krankenhaus   |
| 6     | Aufnahmediagnose(n) ICD-10   | ICD10      |  |  |
| 6,1   | Aufnahmediagnose(n) ICD-10-Version                                 | ICDVersion | 0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993<br>1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999<br>2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000<br>3 = ICD-10-GM Version 2004  |  |
| 7     | Wievielter Eingriff während des jetzigen stationären Aufenthaltes? |            |  |  |
| 8     | präoperative Risikoeinstufung (ASA)                                | ASA        | 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient<br>2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung<br>3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung<br>4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung<br>5 = moribunder Patient | Risikoklassifikation<br>ASA = American Society of Anesthesiologists  |
| 9     | Voroperation im gleichen OP-Gebiet                                 | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   | Hiermit sind Voroperationen gemeint, die für den aktuellen Eingriff mit einem erhöhten Risiko oder einem operationstechnisch erhöhtem Aufwand verbunden sind (z. B. Vor-OP an den Adnexen, vorausgegangene Appendektomie bei geplanter Hysterektomie, vorausgegangene Pelviskopien).   |
| 10    | Notfall  | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 11    | medikamentöse Thromboseprophylaxe                                  | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 12    | perioperative Antibiotikaprophylaxe                                | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |

| Zeile | Bezeichnung   | Schlüssel  | Kodes  | Ausfüllhinweise  |
|-------|---|------------|--|--|
| 13    | primär ambulant geplante und begonnene Operation                        | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 14    | Stationäre Weiterbehandlung erforderlich                                | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 15    | OP-Datum  |            |  |  |
| 16    | ungeplanter Wechsel des Zugangs   | JN         | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 17    | präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC) | praeCDC    | 1 = aseptische Eingriffe<br>2 = bedingt aseptische Eingriffe<br>3 = kontaminierte Eingriffe<br>4 = septische Eingriffe | <p><b>Präoperative Wundkontamination nach CDC – Kriterien:</b></p> <p><b>1 = aseptische Eingriffe:</b> 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><b>2 = bedingt aseptische Eingriffe:</b> 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><b>3 = kontaminierte Eingriffe:</b> 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><b>4 = septische Eingriffe:</b> 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 eitrigster Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom</i></p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p> |
| 18    | Operation OPS-301   | OPS301     |  |  |
| 18,1  | OPS-301-Version   | OPSVersion | 1 = OPS-301 Version 1.1<br>2 = OPS-301 Version 2.0<br>3 = OPS-301 Version 2.1<br>4 = OPS-301 Version 2004              |  |

| Zeile | Bezeichnung   | Schlüssel    | Kodes   | Ausfüllhinweise   |
|-------|---|--------------|---|---|
| 19    | Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)                |              |   |   |
| 20    | Revisions-Operation aufgrund von Komplikationen       | RevisionsOP  | 0 = nein<br>1 = nach Ersteingriff in derselben Einrichtung<br>2 = nach Ersteingriff in auswärtiger Einrichtung  |   |
| 21    | Bluttransfusion                                       | JN           | 1 = ja<br>0 = nein  | Gabe von Erythrozytenpräparaten intraoperativ bzw. während des gesamten postoperativen Verlaufs im Zusammenhang mit dem dokumentierten Eingriff   |
| 22    | intraoperative Komplikationen                         | JN           | 1 = ja<br>0 = nein  |   |
| 23    | Art der Komplikation (intraoperativ)                  | IntraOpKompl | 1 = Verletzung der Blase<br>2 = Verletzung eines Harnleiters<br>3 = Verletzung der Urethra<br>4 = Verletzung des Darmes<br>5 = Verletzung des Uterus<br>6 = Gefäß-/Nervenläsion<br>7 = Lagerungsschaden<br>8 = andere Organverletzungen<br>9 = andere intraoperative Komplikationen |   |
| 24    | postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) | JN           | 1 = ja<br>0 = nein  | Angabe zur postoperativen (eingriffsbezogenen) Wundinfektion. Wenn die Angabe mit <b>1 = Ja</b> beantwortet worden ist, ist die <b>Einteilung der postoperativen Wundinfektion nach CDC-Klassifikation</b> (Item 25) anzugeben.   |
| 25    | CDC-Klassifikation                                    | postCDC      | 1 = A1 (oberflächliche Infektion)<br>2 = A2 (tiefe Infektion)<br>3 = A3 (Räume/Organe)  | <p>Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit <b>1 = Ja</b> beantwortet worden ist.</p> <p><b>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</b></p> <p><b>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</b></p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, <b>und eines</b> der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.</li> <li>2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision.</li> <li>3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, <b>und</b> Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.</li> <li>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</li> </ol> <p><b>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</b></p> |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise   |
|-------|-------------|-----------|-------|---|
|       |             |           |       | <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 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 eines</b> der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</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 Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</li> <li>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.</li> <li>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</li> </ol> <p><b>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</b></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 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 Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</li> <li>2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</li> <li>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.</li> <li>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</li> </ol> <p><sup>1</sup> <b>Definition Implantat:</b> Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen</p> |

| Zeile | Bezeichnung                           | Schlüssel      | Kodes  | Ausfüllhinweise  |
|-------|---------------------------------------|----------------|--|--|
|       |                                       |                |  | (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)  |
| 26    | sonstige postoperative Komplikationen | JN             | 1 = ja<br>0 = nein   |  |
| 27    | Art der Komplikation                  | PostopKomplGyn | 01 = Pneumonie<br>02 = kardiovaskuläre Komplikationen<br>03 = tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose<br>04 = Lungenembolie<br>05 = Infektion der ableitenden Harnwege<br>06 = Serom/Hämatom<br>07 = OP-pflichtige Nachblutung<br>08 = Gefäß- und / oder Nervenschäden<br>09 = Dekubitus<br>10 = Fieber > 38° C (ab 3. Tag postop. > 48 h)<br>11 = Sepsis<br>12 = Ileus<br>13 = andere postop. Komplikationen | <p><b>Schlüsselwert 01 (Pneumonie):</b><br/> <b>Pneumonekriterien nach CDC</b><br/>                     Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:<br/>                     1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax <b>und</b> eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.</li> <li>• Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.</li> <li>• Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.</li> </ul> <p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss <b>und</b> eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums.</li> <li>• Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert.</li> <li>• Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.</li> <li>• Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten.</li> <li>• Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben.</li> </ul> <p>Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p> <p><b>Schlüsselwert 02 (Kardiovaskuläre Komplikationen):</b><br/>                     Komplikationen des Herzen oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell)</p> <p><b>Schlüsselwert 03 (Tiefe/Bein-Beckenvenenthrombose) :</b><br/>                     Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p><b>Schlüsselwert 04 (Lungenembolie):</b><br/>                     Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p><b>Schlüsselwert 05 (Infektion der ableitenden Harnwege):</b><br/>                     Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC) muss eines der folgenden Kriterien erfüllen:<br/>                     1. Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache:<br/>                     Fieber (&gt; 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder</p> |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise   |
|-------|-------------|-----------|-------|---|
|       |             |           |       | <p>suprapubische Missempfindungen <b>und</b> eine Urinkultur von <math>&gt; 10^5</math> Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen.</p> <p>2. Zwei der folgenden: Fieber (<math>&gt; 38^\circ\text{C}</math>), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen <b>und</b> eines der folgenden Anzeichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv</li> <li>• Pyurie (<math>&gt; 10</math> Leukozyten/ml oder <math>&gt; 3</math> Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin)</li> <li>• Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen</li> <li>• zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit <math>&gt; 10^2</math> koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin</li> <li>• Urinkultur mit <math>&lt; 10^5</math> KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden</li> <li>• Diagnose des Arztes</li> <li>• Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie.</li> </ul> <p><b>Schlüsselwert 06: (Serom/Hämatom)</b><br/>Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention erforderlich ist.</p> <p><b>Schlüsselwert 08: (Gefäß- und Nervenschäden)</b><br/>Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden Nervenschaden (sensibel oder motorisch) definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist, so dass Hautnervenschäden nicht zu dokumentieren sind.</p> <p><b>Schlüsselwert 11: (Sepsis)</b><br/>Sepsis (CDC-Definitionen) –<br/>- <b>Durch Labor bestätigte primäre Sepsis</b> muss den folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pathogener Erreger aus Blutkultur isoliert, welcher nicht mit Infektion an anderer Stelle verwandt ist.*</li> <li>2. Eines der folgenden: Fieber (<math>&gt; 38^\circ\text{C}</math>), Schüttelfrost oder Hypotonie (systolischer Druck <math>\leq 90</math> mmHg)</li> </ol> <p><b>UND</b> eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gewöhnlicher Hautkeim<sup>1</sup>, welcher nicht mit einer Infektion an anderer Stelle verwandt ist*, wurde aus zwei zu verschiedenen Zeiten entnommenen Blutkulturen isoliert</li> <li>- gewöhnlicher Hautkeim wurde in mindestens einer Blutkultur bei einem Patienten mit intravasculärem Fremdkörper isoliert</li> </ul> |

| Zeile | Bezeichnung              | Schlüssel   | Kodes                           | Ausfüllhinweise   |
|-------|--------------------------|-------------|---------------------------------|---|
|       |                          |             |                                 | <p><b>UND</b> Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie</p> <p>- positiver Antigen-Bluttest und Krankheitserreger ist mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt.</p> <p><b>- Klinische primäre Sepsis</b><br/>muss den folgenden Kriterien entsprechen:<br/>Eines der folgenden Anzeichen ohne andere erkennbare Ursache:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt; 38 °C),</li> <li>• Hypotonie (systolischer Druck &lt;= 90 mmHg),</li> <li>• Oligurie (&lt; 20 ml/h) ohne sonstige erkennbare Ursache</li> </ul> <p><b>UND</b> sämtliche der folgenden Anzeichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keine Blutkultur durchgeführt oder keine Mikroorganismen oder Antigene im Blut entdeckt.</li> <li>2. Keine offensichtliche Infektion an anderer Stelle<sup>2</sup>.</li> <li>3. Arzt leitet eine Therapie wegen Sepsis ein.</li> </ol> <p><b>- Sekundäre Sepsis</b><br/>Ein durch Blutkultur isolierter Keim stimmt mit einer verwandten nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein. Dies ist als sekundäre Sepsis zu klassifizieren.</p> <p>* Stimmt der aus der Blutkultur isolierte Mikroorganismus mit einer nosokomialen Infektion an anderer Stelle überein, wird die Sepsis als sekundäre Sepsis klassifiziert. Eine Ausnahme besteht bei der katheterassoziierten Sepsis, die als primäre klassifiziert wird, auch dann, wenn lokale Infektionszeichen an der Kathetereintrittsstelle ersichtlich sind.</p> <p><sup>1</sup>z. B. Koagulase negative Staphylokokken, Corynebakterien, Propionibakterien</p> <p><sup>2</sup> Bei Vorliegen offensichtlicher Infektionen an anderer Stelle, hierzu zählen auch Infektionen an der Gefäßkathetereinstichstelle inklusive evtl. vorliegender Arterien- oder Veneninfektion, kann keine klinische primäre Sepsis diagnostiziert werden.</p> |
| 28    | postoperative Histologie | JN          | 1 = ja<br>0 = nein              |   |
| 29    | führender Befund         | HistolOpGyn | Kodes siehe Dokumentationsbogen | <p><u>Erläuterungen zu einzelnen Schlüsselwerten (Schlüssel 3: Histologie)</u></p> <p>Bei mehrzeitigem Vorgehen (z. B. Uterusexirpation nach vorausgegangener Konisation) ist der gravierendste histologische Befund einzutragen.</p> <p><u>Adnexe</u><br/>18 ohne histologische Organpathologie =<br/><b>Histologisch Normalbefund</b> (keine entzündliche, benigne oder maligne</p>   |

| Zeile | Bezeichnung | Schlüssel | Kodes | Ausfüllhinweise   |
|-------|-------------|-----------|-------|---|
|       |             |           |       | <p>Veränderung)</p> <p>19 andere Adnex-Histologie =<br/>Veränderungen an den Adnexen (Tuben und/oder Ovarien), die in den Schlüsselwerten 10 bis 17 des Histologie-Schlüssels nicht <b>erfasst</b> sind</p> <p><u>Cervix uteri</u><br/>28 ohne histologische Organpathologie =<br/><b>Histologisch Normalbefund</b> (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung)</p> <p>29 andere Cervix-Histologie =<br/>Veränderungen der Cervix uteri, die in den Positionen 20 bis 24 des Histologie-Schlüssels nicht <b>erfasst</b> sind</p> <p><u>Corpus uteri</u><br/>38 ohne histologische Organpathologie =<br/><b>Histologisch Normalbefund</b> (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung)</p> <p>39 andere Korpus-Histologie =<br/>Veränderungen des Corpus uteri, die in Positionen 30 und 31 des Histologie-Schlüssels nicht <b>erfasst</b> sind</p> <p><u>Vagina/Vulva</u><br/>78 ohne histologische Organpathologie =<br/><b>Histologisch Normalbefund</b> (keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung)</p> <p>79 andere Vagina/Vulva-Histologie =<br/>Veränderungen von Vagina und/oder Vulva, die in den Positionen 70 bis 72 des Histologie-Schlüssels nicht <b>erfasst</b> sind</p> <p>Abortmaterial ist mit<br/>„39 andere Korpus-Histologie“ zu dokumentieren</p> <p>Der Befall von Adnexen (z. B. Krukenberg-Tumor), Cervix uteri, Corpus uteri oder Vagina/Vulva durch Malignom eines anderen Organsystems ist als<br/>„19 andere Adnex-Histologie“, „29 andere Zervix-Histologie“, „39 andere Kopus-Histologie“, „79 andere Vagina/Vulva-Histologie“ zu dokumentieren</p> <p>Korpusmalignome, welche keine Karzinome sind (z. B. Uterusleiomyosarkom, Leiomyomatose), sind unter<br/>„39 andere-Korpus-Histologie“ zu dokumentieren</p> |

| Zeile | Bezeichnung  | Schlüssel  | Kodes   | Ausfüllhinweise   |
|-------|--|------------|---|---|
|       |  |            |   | <p>Malignome der Adnexe, welche keine Karzinome sind (z. B. Dysgerminom, bösartiger Granulosazelltumor) sind unter „19 andere Adnex-Histologie“ zu dokumentieren</p> <p>Korpusmalignome, welche keine Karzinome sind (z. B. Uterusleiomyosarkom, Leiomyomatose), sind unter „39 andere Korpus-Histologie“ zu dokumentieren</p>  |
| 30    | pT   | TNMPT      | Kodes siehe Dokumentationsbogen   |   |
| 31    | pN   | TNMPN      | 0 = 0<br>1 = 1<br>X = X   |   |
| 32    | M  | TNMM       | 0 = Keine Fernmetastasen<br>1 = Fernmetastasen<br>X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden  |   |
| 33    | G  | TNMG       | 1 = 1<br>2 = 2<br>3 = 3<br>4 = 4<br>B = B<br>X = X  |   |
| 34    | weitere Befunde                                    | HistoOpGyn | Kodes siehe Dokumentationsbogen   |   |
| 35    | assistierte Blasenentleerung länger als 24 Stunden | JN         | 1 = ja<br>0 = nein  |   |
| 36    | wiederholte Einmalkatheterisierung                 | Jleer      | 1 = ja  |   |
| 37    | transurethraler Dauerkatheter                      | Jleer      | 1 = ja  |   |
| 38    | suprapubischer Dauerkatheter                       | Jleer      | 1 = ja  |   |
| 39    | Entlassungsdatum Krankenhaus                       |            |   | Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus  |
| 40    | Entlassungsdiagnose(n) ICD-10                      | ICD10      |   | Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Modul der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen  |
| 40,1  | Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version              | ICDVersion | 0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993<br>1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999<br>2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000<br>3 = ICD-10-GM Version 2004 |   |
| 41    | Entlassungsgrund                                   | EntlGrund  | § 301-Vereinbarung  | <p>Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit <b>07 = Tod</b> beantwortet worden ist (Item 41), sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 42).</p> <p>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.</p> |

| Zeile | Bezeichnung     | Schlüssel | Kodes              | Ausfüllhinweise  |
|-------|-----------------|-----------|--------------------|--|
| 42    | Sektion erfolgt | JN        | 1 = ja<br>0 = nein | Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit <b>07 = Tod</b> beantwortet worden ist (Item 41). |