



## Ausfüllhinweise Gynäkologische Operationen (15/1)

Stand: 11. Januar 2024 (QS-Spezifikation 2024 V05)  
Copyright © 2024 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	behandelnder Standort (OPS)	-	<p>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Betriebsstätten-Nummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Fachabteilung	-	<p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

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	Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u>  1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024  2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024  Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024.</p>
9	Aufnahmediagnose(n)	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>

## Teildatensatz Operation (O)

### Anamnese/Untersuchung

10	Wievielter gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	<b>Gültige Angabe:</b> >= 1 <b>Angabe ohne Warnung:</b> <= 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.
11	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	-
12	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.

### Operation

13	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	<b>OPS-Datum:</b> 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.
14	Operation	-	In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals <b>Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung</b> 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 Kode und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-653.30 (Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)) als Einschlussprozedur für den Datensatz Gynäkologische Operationen ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-653.30:R, 5-653.30:L oder 5-653.30:B. Die Dokumentation des Kodes 5-653.30 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2025 durchgeführte Operationen sind

			z.B. noch nach dem im Jahre 2024 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2024 aufgenommen worden ist.
<b>Wenn (Salpingo-)Ovariektomie 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**</b>			
15	Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden?	0 = nein 1 = ja	Wenn beide Ovarien vollständig entfernt wurden, ist „nein“ anzugeben.

### Komplikationen

16	intraoperative Komplikationen	0 = nein 1 = ja	<p>„Ja“ ist anzugeben, wenn die intraoperative Komplikation durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde. „Nein“ ist anzugeben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die intraoperative Komplikation <b>nicht</b> durch den in diesem Operationsbogen zu dokumentierenden (QS-pflichtigen) Eingriff verursacht wurde.</li> <li>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 offen chirurgischen Eingriff, ist die intraoperative Komplikation zu verneinen) und wenn bei diesem Eingriff keine (weitere) Komplikation aufgetreten ist.</li> </ol> <p>Organverletzungen sind dann als intraoperative Komplikationen zu werten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ alle Verletzungen, die noch während der QS-pflichtigen Operation auftreten oder einen Re-Eingriff (bzw. Re-Operation oder Re-Intervention) zur Komplikationsbehandlung notwendig machen</li> <li>◦ alle Verletzungen, die eine Wiederaufnahme zur Re-Operation oder Verlegung (Komplikationsbehandlung) begründen</li> </ul> </li> </ul> <p>NICHT anzugeben als intraoperative Komplikationen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geplante, z.B. präparationsbedingte Läsionen wie Serosaverletzungen bei Adhäsiolyse, bewusste Gefäßdurchtrennungen bei Freipräparation oder Absetzen von Organen</li> <li>• 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)</li> </ul>
----	-------------------------------	--------------------	--

#### wenn Feld 16 = 1

17.1	Blase	1 = ja	-
17.2	Harnleiter	1 = ja	-
17.3	Urethra	1 = ja	-
17.4	Darm	1 = ja	-
17.5	Uterus	1 = ja	-
17.6	Gefäß-/Nervenläsion	1 = ja	-
17.7	Lagerungsschaden	1 = ja	-
17.8	andere Organverletzungen	1 = ja	-
17.9	andere intraoperative Komplikationen	1 = ja	-

### Histologie

18	postoperative Histologie	0 = nein 1 = ja	-
----	--------------------------	--------------------	---

#### wenn Feld 18 = 1

19	führender Befund	siehe Schlüssel 1	<p>Bei mehrzeitigem Vorgehen ist der gravierendste histologische Befund einzutragen.</p> <p>Erläuterungen zu einzelnen Schlüsselwerten (Schlüssel: Histologie):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 01, 28, 38, 78: Histologisch Normalbefund ist dann zu dokumentieren, wenn keine entzündliche, benigne oder maligne Veränderung vorliegt.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Benigne Befunde: Histologieveränderungen sind mit den Schlüsselwerten 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 20, 30, 70, 71 oder 80 zu dokumentieren.</p> <p>Sonstige Veränderungen mit potentieller Malignität sind mit dem Schlüsselwert 10 = „Adnexe: Borderline-Veränderungen“ oder Schlüsselwert 21 = „Cervix uteri: Dysplasie“ anzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
----	------------------	-------------------	--

### Blasenentleerung

20	assistierte Blasenentleerung	0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 20 = 1</b>			
21.1	wiederholte Einmalkatheterisierung	1 = ja	-
21.2	transurethraler Dauerkatheter	1 = ja	-
21.3	suprapubischer Dauerkatheter	1 = ja	-
<b>wenn Feld 20 =1</b>			
22	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	-
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>

### Teildatensatz Basis (B)

#### Entlassung

23	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024</li> <li>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024</li> </ol> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024 das "Entlassungsdatum Krankenhaus"</p>
----	------------------------------	--------------------	---

24	Entlassungsdiagnose(n)	-	ist der 20.01.2024 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 2025 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2024 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2024 aufgenommen worden ist.
25.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
25.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	1 = ja	Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

## 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 02 - 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 "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)
- 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege