

Datensatz Gynäkologische Operationen

15/1 (Spezifikation 2026 V05)

| BASIS | |
|--|---|
| Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden | |
| 1-9 | Basisdokumentation |
| 1 | Institutionskennzeichen <small>[0-9][9]</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 2 | entlassender Standort <small>77\d{4}\d{2}</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 3 | behandelnder Standort (OPS) <small>gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur</small> <small>77\d{4}\d{2}</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 4 | Betriebsstätten-Nummer <small>[0-9][12]</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 5 | Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 6 | Identifikationsnummer der Patientin <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 7 | Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |
| 8 | Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> |

| 9 Aufnahmediagnose(n) | |
|---|--|
| <small>ICD-10-GM</small> <small>http://www.bfarm.de</small> | |
| 1. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 2. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 3. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 4. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 5. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 6. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 7. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 8. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 9. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 10. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> ... 30. <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> • <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> | |

Datensatz Gynäkologische Operationen

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|------|--|--------------------------|--|---------|-----------------------|----|---|--------------------------|--|-------------------------|--|--------|----------------------------|--------|---------------------------------|--------|------------------------------|--------|---------------------------|--------|-----------------------------|--------|--|--------|---------------------------------------|--------|---|--------|--|-------|-------------------|----|--|--------------------------|--|-------------------------|--|------|-------------------------------------|-------|-------------------------|----|--|--------------------------|--|-------------------------|--|--------|--|--------|---|--------|--|--------------------------|--|-------------------------|--|------|--|--------------------------|--|
| OPERATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10-12 | Anamnese/Untersuchung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Wievieler gynäkologischer Eingriff während dieses Aufenthaltes? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 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 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Voroperation im OP-Gebiet 0 = nein 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13-15 | Operation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | OP-Datum TT.MM.JJJJ <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Operation alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.bfarm.de 1. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="2">wenn Wenn (Salpingo-)Ovarioktomie 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**</td> </tr> <tr> <td>15 ></td> <td>Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? 0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16-17.9</td> <td>Komplikationen</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>intraoperative Komplikationen durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">wenn Feld 16 = 1</td> </tr> <tr> <td>17.1 ></td> <td>Blase 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.2 ></td> <td>Harnleiter 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.3 ></td> <td>Urethra 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.4 ></td> <td>Darm 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.5 ></td> <td>Uterus 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.6 ></td> <td>Gefäß-/Nervenläsion 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.7 ></td> <td>Lagerungsschaden 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.8 ></td> <td>andere Organverletzungen 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>17.9 ></td> <td>andere intraoperative Komplikationen 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>18-19</td> <td>Histologie</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>postoperative Histologie 0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">wenn Feld 18 = 1</td> </tr> <tr> <td>19 ></td> <td>führender Befund Schlüssel 1</td> </tr> <tr> <td>20-22</td> <td>Blasenentleerung</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>assistierte Blasenentleerung 0 = nein 1 = ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">wenn Feld 20 = 1</td> </tr> <tr> <td>21.1 ></td> <td>wiederholte Einmalkatheterisierung 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>21.2 ></td> <td>transurethraler Dauerkatheter 1 = ja</td> </tr> <tr> <td>21.3 ></td> <td>suprapubischer Dauerkatheter 1 = ja</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">wenn Feld 20 = 1</td> </tr> <tr> <td>22 ></td> <td>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</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | | | | wenn Wenn (Salpingo-)Ovarioktomie 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** | | 15 > | Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? 0 = nein 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | 16-17.9 | Komplikationen | 16 | intraoperative Komplikationen durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | 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 | 18-19 | Histologie | 18 | postoperative Histologie 0 = nein 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | wenn Feld 18 = 1 | | 19 > | führender Befund Schlüssel 1 | 20-22 | Blasenentleerung | 20 | assistierte Blasenentleerung 0 = nein 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | wenn Feld 20 = 1 | | 21.1 > | wiederholte Einmalkatheterisierung 1 = ja | 21.2 > | transurethraler Dauerkatheter 1 = ja | 21.3 > | suprapubischer Dauerkatheter 1 = ja | <input type="checkbox"/> | | wenn Feld 20 = 1 | | 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 | <input type="checkbox"/> | |
| wenn Wenn (Salpingo-)Ovarioktomie 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 > | Ist das kontralaterale Ovar postoperativ noch vorhanden? 0 = nein 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16-17.9 | Komplikationen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | intraoperative Komplikationen durch diesen Eingriff 0 = nein 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18-19 | Histologie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | postoperative Histologie 0 = nein 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wenn Feld 18 = 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 > | führender Befund Schlüssel 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20-22 | Blasenentleerung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | assistierte Blasenentleerung 0 = nein 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wenn Feld 20 = 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21.1 > | wiederholte Einmalkatheterisierung 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21.2 > | transurethraler Dauerkatheter 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21.3 > | suprapubischer Dauerkatheter 1 = ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| wenn Feld 20 = 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datensatz Gynäkologische Operationen

| BASIS | |
|--|---|
| Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden | |
| 23- 25.2 | Entlassung |
| 23 | Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 24 | Entlassungsdiagnose(n) alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM http://www.bfarm.de 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 4. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 5. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 6. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 7. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 8. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 9. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> 10. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> ... 30. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 25.1 | Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de <input type="text"/> <input type="text"/> Schlüssel 2 |
| 25.2 | nicht spezifizierter Entlassungsgrund <input type="text"/> 1 = ja |

Datensatz Gynäkologische Operationen

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. beniges 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 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