



Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V

Weiterentwicklung der Leistungsbereiche Herzschrittmacher (stationäres Follow-up)

Anhang zum Bericht

Stand: 28. März 2013

Impressum

Herausgeber:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema:

Weiterentwicklung der Leistungsbereiche Herzschrittmacher (stationäres Follow-up)

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. September 2012

Datum der Abgabe:

28. März 2013

Signatur:

13-SQG-006

Hinweis:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers:

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und
Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8-10 · 37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 - 789 52 -0

Telefax: (+49) 0551 - 789 52-10

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Dokumentation der Recherche

Anhang A.1: Themenerschließung

Anhang A.2: Verfahrensspezifisches Suchmodell

Anhang A.3: Dokumentation der Recherche

Anhang A.4: Indikatorenrecherche in Indikatorensystemen und Indikatorendatenbanken

Anhang B: Indikatorenbewertungsformular

Anhang B: Indikatordatenblatt für die Bewertung (postalisch, Paneltreffen)

Anhang C: Panelverfahren

Anlage C1: Einzelbewertungen der Bewertungsrunde 1, postalisch „Relevanz“

Anlage C2: Einzelbewertungen der Bewertungsrunde 1, Paneltreffen „Relevanz“

Anhang D: Dokumentationsbögen

Anhang D.1: Datensatz Herzschrittmacher-Implantation 09/1

Anhang D.2: Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 09/2

Anhang D.3: Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/3

Anhang E: Ausfüllhinweise

Anhang E.1: Ausfüllhinweis – QS-Dokumentation - Modul 09/1: Herzschrittmacher-Implantation

Anhang E.2: Ausfüllhinweise – QS-Dokumentation - Modul 09/2: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Anhang E.3: Ausfüllhinweise – QS-Dokumentation - Modul 09/2: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Anhang F: XML-Umstellung

Anhang F.1: Datenflüsse und Einbeziehung von Nicht-GKV-Versicherten

Anhang A.1: Themenerschließung

Quellen sowie ermittelte und bewertete Dokumente
HTAs:
<p>n = 3 HTAs (in alphabetischer Reihenfolge):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ANZHSN (2010). Horizon Scanning Technology Prioritising Summary. MRI compatible dual chamber pacemaker. Australia and New Zealand Horizon Scanning Network.▪ Neyt, M; van Brabandt, H; van de Sande, S; Devriese, S (2011). Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI): a Health Technology Assessment Update. The Belgian Health Care Knowledge Centre.▪ WHO (2006). Environmental Health Criteria 232. Static Fields. World Health Organization.

2. Systematische Übersichtsarbeiten:

n = 3 Systematische Übersichtsarbeiten (in alphabetischer Reihenfolge):

- Baman, TS; Meier, P; Romero, J; Gakenheimer, L; Kirkpatrick, JN; Sovitch, P; et al. (2011). Safety of pacemaker reuse a meta-analysis with implications for underserved nations. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology* 4(3): 318-323.
- Bradley, DJ; Bradley, EA; Baughman, KL; Berger, RD; Calkins, H; Goodman; SN; et al. (2003). Cardiac resynchronization and death from progressive heart failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 289(6): 730-40
- Maisel, WH (2006). Pacemaker and ICD generator reliability: Meta-analysis of device registries. *Journal of the American Medical Association* 295(16): 1929-1934.

3. Leitlinien

n= 8 Leitlinien (in alphabetischer Reihenfolge):

- Brignole, M; Alboni, P; Benditt, D; Bergfeldt, L; Blanc, JJ; et al. (2006). Guidelines on Management (Diagnosis and Treatment) of Syncope – Update 2004. *Europace*. 6 (6): 467-537.
- Epstein, AE; Dimarco, JP; Ellenbogen, KA; Estes, NA; Freedman, RA; Gettes, LS; et al. (2008). ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for devicebased therapy of cardiac rhythm abnormalities. *Heart Rhythm*. 5(6): e1-62.
- Fuster, V; Rydén, LE; Cannom, DS, Crijns, HJ; Curtis, AB; Ellenbogen, KA; et al. (2006). ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation) developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Europace*. 8(9): 651-745.
- Gregoratos, G; Abrams, J; Epstein, AE; Freedman, RA; Hayes, DL. Hlatky, MA; et al. (2002).ACC/AHA/NASPE 2002 guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices: summary article. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to Update the 1998 Pacemaker Guidelines). *J Cardiovasc Electrophysiol*. 13(11): 1183-1199.
- Lemke, B; Nowak, B; Pfeiffer, D. (2005). Leitlinie zur Herzschrittmachertherapie. *Z Kardiol* 94: 704-720
- Moya, A; Sutton, R; Ammirati, F; Blanc, JJ; Brignole, M; Dahm, JB; et al. (2009). Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). The Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 30: 2631-2671
- Vardas, PE; Auricchio, A; Blanc, JJ; Daubert, JC; Drexler, H; Ector, H; et al. (2007). Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. The Task Force for Cardiac Pacing and Cardiac Resynchronization Therapy of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 9(10): 959-998.
- Wann, LS; Curtis, AB; January, CT; Ellenbogen, KA; Lowe, JE; Estes, NAM; et al. (2011). ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patients With Atrial Fibrillation (Updating the 2006 Guideline): A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 57(2):223-242.

Anhang A.2: Verfahrensspezifisches Suchmodell

Zielpopulation		Versorgungsleistung		Relevante Evaluationsfelder
pacemaker/exp	AND	retreatment/exp	AND	'follow up'/exp
		OR		OR
		reoperation/exp		complication*
		OR		OR
		device* AND (extract* OR remov* OR explant*) OR (system* AND (extract* OR remov* OR explant*))		'postoperative infection'/exp
		OR		OR
		device* AND (change* OR exchange* OR replace*) OR (system* AND (change* OR exchange* OR replace*))		'pacemaker failure'/ exp
		OR		
		revision* AND (system* OR device*)		'cardiovascular mortality'/exp OR 'surgical mortality'/exp
		OR		OR
		lead* AND (extract* OR 'remov* OR explant*') OR (electrode* AND (extract* OR remov* OR explant*))		hospital readmission/exp
		OR		OR
		lead* AND (change* OR exchange* OR replace*) OR (electrode* AND (change* OR exchange* OR replace*))		device* AND (malfunction* OR eros* OR surveillance*) OR (system* AND (malfunction* OR eros*))
		OR		OR
		electrode* OR lead* AND revision*		insulation AND fail* OR (lead* AND (malfunction* OR dysfunction* OR fracture* OR dislocat* OR dislodge*))
		OR		OR
		reimplantation* AND (device* OR system* OR lead* OR electrode*)		battery OR batteries AND deplet* OR (exit* AND block*)
		OR		OR
		abandonment* AND (lead* OR electrode*)		undersens* OR oversens*
				OR
				electrode* AND (malfunction* OR dysfunction* OR fracture* OR dislocate* OR dislodge*)
				OR
				eros* AND (electrode* OR lead*)
				OR
				'pericardial effusion'/exp OR 'heart ventricle perforation'/exp
Limits: publications from 2002 to 2012, only items with abstract, Humans, English, German, no letters or editorials				

Anhang A.3: Dokumentation der Recherche

Embase am 5. September 2012

	Searches	Results
1	'pacemaker'/exp	39.945
2	'retreatment'/exp	4.695
3	'reoperation'/exp	45.989
4	device* AND (extract* OR remov* OR explants*) OR (system* AND (extract* OR remov* OR explant*))	1.185.043
5	device* AND (change* OR exchange* OR replace*) OR (system* AND (change* OR exchange* OR replace*))	2.866.907
6	revision* AND (system* OR device*)	61.935
7	lead* AND (extract* OR remov* OR explant*) OR (electrode* AND (extract* OR remov* OR explant*))	77.325
8	lead* AND (change* OR exchange* OR replace*) OR (electrode* AND (change* OR exchange* OR replace*))	250.523
9	electrode* OR lead* AND revision*	4.602
10	reimplantation*(device* OR system* OR lead* OR electrode*) OR (abandonment* AND (lead* OR electrode*))	11.628
11	'follow up'/exp	665.035
12	complication*	2.429.644
13	'postoperative infection'/exp	20.870
14	'pacemaker failure'/exp	789
15	'cardiovascular mortality'/exp OR 'surgical mortality'/exp	29.072
16	'hospital readmission'/exp	11.447
17	device* AND (malfunction* OR eros* OR surveillance*) OR (system* AND (malfunction* OR eros*))	193.766
18	insulation* AND fail* OR (lead* AND (malfunction* OR dysfunction* OR fracture* OR dislocat* OR dislodg*))	108.805
19	battery OR batteries AND deplet* OR (exit* AND block*)	3.210
20	undersens* OR oversens*	1.030
21	electrode* AND (malfunction* OR dysfunction* OR fracture* OR dislocat* OR dislodge*)	11.917
22	eros* AND (electrode* OR lead*) OR '*pericardial effusion'/exp OR 'heart ventricle perforation'/exp	24.156
23	#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	3.953.133
24	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22	3.139.707
25	#1 AND #23 AND #24	4.129
26	#25 AND ([article]/lim OR [article in press]/lim) AND ([english]/lim OR [german]/lim) AND [humans]/lim AND [abstracts]/lim AND [2002-2012]/py	1.258

Anhang A.4: Indikatorenrecherche in Indikatorensystemen und Indikatorendatenbanken

Durchsuchte Institutionen und Portale	Indikatoren identifiziert
AAMC – American Association of Medical Colleges (USA)	
Accreditation Canada (Kanada)	
ACHS – Australian Council on Healthcare Standards (Australien)	
ÄZQ – Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Deutschland)	
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality (USA)	
AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (Australien)	
ANA – American Nurses Association´s Safety and Quality Initiative (USA)	
ANAES – Agence nationale d´accréditation et d´évaluation en santé (Frankreich)	
ANQ – Nationaler Verein Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (Schweiz)	
AOK – AOK-Indikatoren für Arztnetze (Deutschland)	
AQUA – AQUA-Institut (Deutschland)	x
AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Deutschland)	
ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (Australien)	
AGHA – Australian Government of Health and Ageing (Australien)	
BQS – Institut für Qualität und Patientensicherheit (Deutschland)	
CAHPS – Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (USA)	
CIHI – Canadian Institute for Health Information (Kanada)	
Care Quality Commission (Großbritannien)	
CCECQA – Comité de Coordination de l´Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (Frankreich)	
CDC – Centers for Disease Control and Prevention (USA)	x
CIAP – Clinical Information Access Programme (Australien)	
CMS – Center for Medicare and Medicaid Services (USA)	
Commonwealth Fund (USA)	
Department of Health (Großbritannien)	
DK NIP – Det Nationale Indikatorenprojekt (Dänemark)	x
Dr. Foster Intelligence (Großbritannien)	
ECHI – European Community Health Indicators	
EPA – Europäisches Praxisassessment – Qualitätsmanagement in der Arztpraxis (Deutschland)	
ESQH – European Society for Quality in Healthcare (International)	
FACCT – Foundation of Accountability (USA)	
FOQUAL – Forum de la Qualité (Schweiz)	
GeQiK – Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (Deutschland)	
G-IQI – Helios Qualitätsindikatoren	
HCC – Health Care Choices (USA)	
Health Canada (Kanada)	

Durchsuchte Institutionen und Portale	Indikatoren identifiziert
Health Council of Canada (Kanada)	
HGRD – Health Grades Inc. (USA)	
HHS – US-Department of Health and Human Services (USA)	
IHI – Institute for Healthcare Improvement (USA)	
IPSE – Improving Patient Safety in Europe	
IQIP – International Quality Indicator Project (International)	x
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Hospital Core Measures (USA)	
Kaiser Permanente (USA)	
Leapfrog – Leapfrog Group for Patient Safety (USA)	
Maryland Hospital Association – Quality Indicator Project (Großbritannien)	
Massachusetts Health Care Quality and Cost Council (USA)	
National Board of Health and Welfare – Socialstyrelsen (Schweden)	
NCQA – National Committee for Quality Assurance (Großbritannien)	
NHS – The Information Centre (Großbritannien)	
NHS – Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (Großbritannien)	
NHS – National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidelines (Großbritannien)	
NHS North West (Großbritannien)	
NHS Quality and Outcomes Framework – QOF (Großbritannien)	
NICS – National Institute of Clinical Studies (Australien)	
NQMC – National Quality Measures Clearinghouse (USA)	
NSW Health – New South Wales Government (Australien)	
NVHRI – National Voluntary Hospital Reporting Initiative (USA)	
NRZ – Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (Deutschland)	
OECD – Organisation of Economic Cooperation and Development (International)	
OSHPD – Office of Statewide Healthplanning and Development (USA)	
Ontario Ministry of Health and long-term Care (Australien)	
Public Health Agency of Canada (Kanada)	
QISA – Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (Deutschland)	
QUINTH – Der Qualitätsindikatoren-Thesaurus des GKV-Spitzenverbandes (Deutschland)	x
RAND – Research and Development (USA)	
Rhode Island Health Quality Performance Measurement and Reporting Program (USA)	
SARI – Surveillance der Antibiotika-Anwendung und der bakteriellen Resistenzen auf Intensivstationen (Deutschland)	
Swedish National Institute of Public Health – Statens folkhälsoinstitut (Schweden)	
Verein Outcome (Schweiz)	
VGHI – Victorian Government Health Information – Clinical indicators in Victoria’s hospitals (Australien)	
WIDo – Wissenschaftliches Institut der AOK – Qualitätssicherung mit Routinedaten	
Zentrum für Qualität in der Pflege (Deutschland)	

Indikatorensystem/ Indikatoren Datenbank	Ermittelte relevante Indikatoren
AQUA	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (AAI, VVI)
AQUA	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Einkammersystem (VDD, DDD)
AQUA	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)
AQUA	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (VDD, DDD)
AQUA	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Eingriff
AQUA	Sterblichkeit im Krankenhaus
AQUA	Sondenproblem als Indikation zum Eingriff
AQUA	Taschenproblem als Indikation zum Eingriff
IQIP	Perioperative mortality – other cardiac surgery
NIP	Mortality

Anhang B: Indikatordatenblatt für die Bewertung (postalisch, Paneltreffen)

Indikator-ID 01	Name des Indikators
Beschreibung	Möglichst allgemeinverständliche Beschreibung des Indikators
Zähler	Zu messendes Qualitätsmerkmal bzw. definierte Auffälligkeit
Nenner	Grundgesamtheit bzw. Zielpopulation, auf die sich der Indikator bezieht.
Ausschlusskriterien	Nennung von Kriterien zur Definition von Subpopulationen, die nicht in die Berechnung des Indikators einfließen sollen, z.B. Altersgrenzen oder Komorbiditäten. Bei Indikatoren, die sich auf Einrichtungen beziehen, können Ausschlusskriterien für ganze Einrichtungen definiert werden.
Qualitätsziel	Welche Ausprägung des Indikators stellt eine gute Versorgung dar?
Begründung (Rationale)	Gründe, warum die Erreichung des Qualitätsziels des Indikators sinnvoll ist. Wo möglich und sinnvoll: Kenntlichmachung der Studientypen der den Begründungen zugrunde liegenden Studien.
Prozess-/Ergebnisverantwortung	Wer erbringt die Leistung?
Dokumentationsverantwortung	Wer dokumentiert die Leistung?
Originalformulierung	Formulierung/Zitat des Indikators in der Originalfassung + Quellenangabe
Indikatorvarianten	Verweise auf ähnliche Indikatoren (ggf. leicht abweichende Formulierungen, Referenzbereiche, Zielpopulationen usw.)
Anmerkungen	Anmerkungen zu relevanten Besonderheiten oder speziellen Eigenschaften des Indikators (spezielle Definitionszusätze, Risikoadjustierungsbedingungen, Zielpopulationen usw.) sowie zu redaktionellen Änderungen, die bei der Erstellung des Indikatorblattes vorgenommen wurden
Indikatortyp	Typisierung des Indikators (Struktur, Prozess, Ergebnis)
Qualitätsdimension	Zuordnung des Indikators zu einer Qualitätsdimension (Effektivität, Patientensicherheit, Patientenorientierung, Zugang zu und Koordination der Versorgung)
Stärke der Empfehlung (Leitlinie)	Angabe der Leitlinienquelle und der Einzelempfehlung inkl. ihres Empfehlungsgrades/ihrer Evidenzklasse
Änderungsprotokoll	Hier wird dokumentiert, welche (redaktionellen) Veränderungen im Indikatordatenblatt im Verlauf des RAM-Prozesses vorgenommen wurden.
Spezifizierung zur Berechnung	
Besonderheiten der Berechnung	Z.B. Angabe zur Gewichtung/Priorisierung bei einer Indexbildung; Zusammenführung von Daten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden usw.
Referenzbereich	Angabe des Referenzbereichs (fixe oder perzentilbasierte Vorgaben) bzw. Angaben darüber, ob ein Referenzbereich erst nach Verfügbarkeit empirischer Daten festgelegt werden soll.
Risikoadjustierung	Stratifizierung/logistische Regression
Bewertung des Indikators (bitte ankreuzen bzw. ausfüllen):	
Relevanz	1=überhaupt nicht relevant 9=sehr relevant
Ist der Indikator für das Thema relevant?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Klarheit/Verständlichkeit	
Ist der Indikator klar und verständlich formuliert?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Wenn nein, haben Sie Vorschläge für eine klarere und verständlichere Formulierung des Indikators?

Anmerkungen:

Anhang C.1: Einzelbewertungen der Bewertungsrunde 1, postalisch „Relevanz“

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Konsens	Relevanz
1	6	0,0	54,5	45,5	11	0	0	2
2	6	0,0	54,5	45,5	11	0	0	2
3	6	9,1	45,5	45,5	11	0	0	2
4	6	9,1	54,5	36,4	11	0	0	2
5	8	9,1	18,2	72,3	11	0	0	2
6	6	27,3	27,3	45,5	11	0	0	2
7	8	18,2	18,2	63,6	11	0	0	2
8	8	9,1	18,2	72,3	11	0	0	2
9	8	18,2	9,1	72,3	11	0	0	2
10*	8	0,0	18,2	81,8	11	0	1	1
11	8	10,0	30,0	60,0	10	1	0	2
12	7	20,0	20,0	50,0	10	1	0	2

Legende

Die farblich und mit * markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „relevant“ bewertet.

n: Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“: Anzahl der ungültigen Wertungen

Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

Relevanz:

1 = **relevant** (Median in [7-9], kein Dissens)

2 = **Relevanz fraglich** (Median in [4-6] oder Dissens und Median in [1-3] oder [7-9])

3 = **nicht relevant** (Median in [1-3], kein Dissens)

Anhang C.2: Einzelbewertungen der Bewertungsrunde 1, Paneltreffen „Relevanz“

Indikator-ID	Median	Prozent [1,2,3]	Prozent [4,5,6]	Prozent [7,8,9]	n	„99“	Konsens	Relevanz
1	1	80,0	20,0	0,0	10	0	1	3
1A*	8	0,0	0,0	100,0	10	0	1	1
2	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3
3	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3
4	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3
5	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3
5A*	8	0,0	10,0	90,0	10	0	1	1
6	1	80,0	20,0	0,0	10	0	1	3
7	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3
8	1	80,0	20,0	0,0	10	0	1	3
8A*	8	0,0	10,0	90,0	10	0	1	1
9	1	80,0	20,0	0,0	10	0	1	3
9A*	8	0,0	10,0	90,0	10	0	1	1
10	1	80,0	20,0	0,0	10	0	1	3
10A*	8	0,0	0,0	100,0	10	0	1	1
11	1	100,0	0,0	0,0	10	0	1	3
12	1	90,0	10,0	0,0	10	0	1	3

Legende

Die farblich und mit * markierten Indikatoren wurden in dieser Bewertungsrunde als „relevant“ bewertet.

n: Anzahl der abgegebenen Wertungen

„99“: Anzahl der ungültigen Wertungen

Konsens:

1 = Konsens

0 = kein Konsens

Konsens besteht, wenn mindestens 75 % innerhalb einer Kategorie liegen.

Relevanz:

1 = relevant (Median in [7-9], kein Dissens)

2 = Relevanz fraglich (Median in [4-6] oder Dissens und Median in [1-3] oder [7-9])

3 = nicht relevant (Median in [1-3], kein Dissens)



Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

09/1

BASIS		11-15 Präoperative Anamnese/Klinik	15
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		<p>11 Einstufung nach ASA-Klassifikation</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>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</p> <p>12 führendes Symptom</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = Synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz NYHA II 6 = Herzinsuffizienz NYHA III oder IV 7 = asymptotisch unter externer Stimulation 9 = sonstiges</p> <p>13 führende Indikation zur Schrittmacherimplantation</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1 = AV-Block I 2 = AV-Block II Wenckebach 3 = AV-Block II Mobitz 4 = AV-Block III 5 = faszikuläre Leitungsstörung 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalem/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges</p> <p>14 Ätiologie</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = angeboren 2 = neuromuskulär 3 = infarktbedingt 4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant 5 = sonstige Ablationsbehandlung 6 = Zustand nach herzchirurgischem Eingriff 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) 9 = sonstige/unbekannt</p>	<p>15 voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)</p>
1-10 Basisdokumentation			16-26 Präoperative Diagnostik
1	<p>Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte</p> <p><small>http://www.arge-ik.de</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>16-20 Indikationsbegründende EKG-Befunde</p>
2	<p>Versichertennummer der alten Versichertenkarte</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>16-20 Indikationsbegründende EKG-Befunde</p>
3	<p>Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>16 Vorhoffrhythmus</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige</p>
4	<p>Institutionskennzeichen</p> <p><small>http://www.arge-ik.de</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>17 AV-Block</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation 0 = keiner 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades</p>
5	<p>Betriebsstätten-Nummer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>18 intraventrikuläre Leitungsstörungen</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine (QRS < 120 ms) 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms 5 = Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms 6 = alternierender Schenkelblock 7 = QRS >= 120 ms ohne Differenzierung 9 = sonstige</p>
6	<p>Fachabteilung</p> <p><small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Schlüssel 1</p>		<p>19 Pausen außerhalb von Schlafphasen</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>0 = keine Pause 1 = <= 3 s 2 = > 3 s 3 = nicht bekannt</p>
7	<p>Identifikationsnummer des Patienten</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
8	<p>Geburtsdatum</p> <p><small>TT.MM.JJJJ</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
9	<p>Geschlecht</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>1 = männlich 2 = weiblich</p>		
10	<p>Aufnahmedatum Krankenhaus</p> <p><small>TT.MM.JJJJ</small></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

20 Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen 1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = >= 50/min 4 = nicht bekannt	wenn führende Indikation (13) = VVS (9) oder CRT (10) 26> Nondevice-Therapie (z.B. medikamentös) ineffektiv/ unzureichend 0 = nein 1 = ja	34-56 Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)
21-21 Linksentrikuläre Funktion	27-33 Operation	34-34 Schrittmachersystem
21 Ejektionsfraktion EF 0 = nicht bekannt 1 = keine oder leichte Einschränkung (>50%) 2 = mittlere Einschränkung (50 bis >35%) 3 = schwere Einschränkung (<=35%)	27 OP-Datum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	34 System 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges
22-26 Zusätzliche Kriterien	28 Operation OPS http://www.dimdi.de 1. □—□□□.□□ 2. □—□□□.□□ 3. □—□□□.□□	35-35 Schrittmacher-Aggregat
wenn führende Indikation (13) = AV-Block (1-4) oder faszikuläre Leitungsstörung (5)	29-31 Zugang des implantierten Systems	35 Hersteller
22> AV-Knotendiagnostik 0 = keine 1 = Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 ms) 2 = Ergometrie mit persistierendem oder neuem AV-Block 3 = beides	29 Vena cephalica 1 = ja	35 Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn führende Indikation (13) = SSS (6), CSS (8) oder VVS (9)	30 Vena subclavia 1 = ja	36-56 Schrittmachersonden
23> neurokardiogene Diagnostik 0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit Pause >3 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	31 andere 1 = ja	36-42 Vorhof
wenn führende Indikation (13) = permanentes Vorhofflimmern (7)	32 Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit □□□ Minuten	wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System
24> Kammerfrequenz regelmäßig 0 = nein 1 = ja	33 Durchleuchtungszeit □□□, □ Minuten	36> NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
wenn führende Indikation (13) = AV-Block (1-4) oder SSS (6) oder faszikuläre Leitungsstörung (5)	25> chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens 0 = nein 1 = ja	37> NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
		38> Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder sonstiges System		47> nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	55> R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV
39> Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> <input type="text"/> mV	40> nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	48> R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV	56> nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System		49> nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	57-72 Peri- bzw. postoperative Komplikationen
41> P-Wellen-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV	42> nicht gemessen P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	57 peri- bzw. postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja	
43-49 Ventrikel		50-56 Ventrikel (2. Sonde)	
wenn System (34) = System mit Ventrikelsonde oder sonstiges System		50> NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar	wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja
43> NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar	44> NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	51> NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	
45> Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	46> Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> <input type="text"/> mV	52> Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	58> Asystolie 1 = ja
		53> Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> <input type="text"/> mV	59> Kammerflimmern 1 = ja
		54> nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	60> interventionspflichtiger Pneumothorax 1 = ja
			61> interventionspflichtiger Hämatothorax 1 = ja
			62> interventionspflichtiger Perikarderguss 1 = ja
			63> interventionspflichtiges Taschenhämatom 1 = ja
			64> Sondendislokation 1 = ja

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

65-66 Ort der Sondendislokation		74	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 2 □□
wenn Sondendislokation = ja			
65>>	Vorhof 1 = ja □	75	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM http://www.dimdi.de 1. □□□□.□□□ 2. □□□□.□□□ 3. □□□□.□□□ 4. □□□□.□□□ 5. □□□□.□□□ 6. □□□□.□□□ 7. □□□□.□□□ 8. □□□□.□□□
66>>	Ventrikel 1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide □		
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
67>	Sondendysfunktion 1 = ja □		
68-69 Ort der Sondendysfunktion			
wenn Sondendysfunktion = ja			
68>>	Vorhof 1 = ja □		
69>>	Ventrikel 1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide □		
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
70>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen 1 = ja □		
wenn postoperative Wundinfektion = ja			
71>>	CDC-Klassifikation 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe) □		
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
72>	sonstige interventionspflichtige Komplikation 1 = ja □		
73-75 Entlassung			
73	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□		

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1792 = Neurochirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1800 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1890 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1990 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1991 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1992 = Plastische Chirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2000 = Thoraxchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2090 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2091 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2092 = Thoraxchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2100 = Herzchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPIV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2190 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2191 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2192 = Herzchirurgie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2291 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2292 = Urologie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2392 = Orthopädie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2425 = Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2500 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2591 = Geburtshilfe
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BPIV am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2592 = Geburtshilfe
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2790 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2791 = Augenheilkunde
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (stroke units)
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0892 = Pneumologie		2891 = Neurologie
		2892 = Neurologie
		2900 = Allgemeine Psychiatrie

Datensatz Herzschrittmacher-Implantation

2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3690 = Intensivmedizin
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3691 = Intensivmedizin
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3692 = Intensivmedizin
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3700 = sonstige Fachabteilung
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3750 = Angiologie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3751 = Radiologie
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3752 = Palliativmedizin
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3756 = Suchtmedizin
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	3757 = Visceralchirurgie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3790 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3791 = Sonstige Fachabteilung
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	3792 = Sonstige Fachabteilung
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	

Schlüssel 2

- 1 = Behandlung regulär beendet
- 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7 = Tod
- 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9 = 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- und teilstationärer Behandlung



Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

09/2

BASIS		11-12	18-31
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden		Präoperative Anamnese/Klinik	Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems
1-10 Basisdokumentation		11 Einstufung nach ASA-Klassifikation	18-18 Implantiertes Schrittmachersystem
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> □□□□□□□□□□	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	18 System □ 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte □□□□□□□□□□□□	12 Stimulationsbedürftigkeit	19-19 Implantiertes Schrittmacher-Aggregat
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) □□□□□□□□□□□□	1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)	19 Hersteller □□ 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
4	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> □□□□□□□□□□	13-13 Indikation zum Aggregatwechsel	20-31 Belassene Schrittmacher-Sonden
5	Betriebsstätten-Nummer □□	13 Indikation zum Aggregatwechsel □ 1 = reguläre Batterieerschöpfung 2 = vorzeitige Batterieerschöpfung 3 = vermutete Schrittmacherfehlfunktion 4 = nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion 5 = Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf 6 = sonstige Indikation	20-23 Vorhof
6	Fachabteilung § 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: <small>http://www.dkgev.de</small> □□□□ Schlüssel 1	14 Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	wenn System (18) = System mit Vorhofsonde oder sonstiges System
7	Identifikationsnummer des Patienten □□□□□□□□□□□□□□□□	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	20> Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms □, □ v
8	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	15-17 Operation	21> nicht gemessen □ 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen
9	Geschlecht □ 1 = männlich 2 = weiblich	15 OP-Datum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	wenn System (18) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System
10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□	16 Operation OPS <small>http://www.dimdi.de</small> 1. □—□□□.□□ 2. □—□□□.□□ 3. □—□□□.□□	22> P-Wellen-Amplitude intraoperativ □□, □ mV
		17 Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit □□□ Minuten	23> nicht gemessen □ P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

24-27 Ventrikel		32-35 Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems		40> postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen 1 = ja <input type="checkbox"/>	
wenn System (18) = System mit Ventrikelsonde oder sonstiges System		32-35 Explantiertes Schrittmachersystem			
24>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> v	32	System 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges <input type="checkbox"/>	wenn postoperative Wundinfektion = ja	
25>	nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja <input type="checkbox"/>	33	Jahr der Implantation JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
26>	R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV	34	nicht bekannt 1 = ja <input type="checkbox"/>	wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (36) = ja	
27>	nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen <input type="checkbox"/>	35	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
28-31 Ventrikel (2. Sonde)		36-42 Peri- bzw. postoperative Komplikationen		43-45 Entlassung	
wenn System (18) = System mit zwei Ventrikelsonden oder sonstiges System		36 peri- bzw. postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>			
28>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> v			wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (36) = ja	
29>	nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ, bei 0,5 ms 1 = ja <input type="checkbox"/>	37> Asystolie 1 = ja <input type="checkbox"/>			
30>	R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV			38> Kammerflimmern 1 = ja <input type="checkbox"/>	
31>	nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen <input type="checkbox"/>				

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1792 = Neurochirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1800 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1890 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1990 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1991 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1992 = Plastische Chirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2000 = Thoraxchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2090 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2091 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2092 = Thoraxchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2100 = Herzchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2190 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2191 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2192 = Herzchirurgie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2291 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2292 = Urologie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2392 = Orthopädie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2425 = Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2500 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2591 = Geburtshilfe
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2592 = Geburtshilfe
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2790 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2791 = Augenheilkunde
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (stroke units)
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0892 = Pneumologie		2891 = Neurologie
		2892 = Neurologie
		2900 = Allgemeine Psychiatrie

Datensatz Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie	3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie	3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie	3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung	3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie	3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung	3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik	3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik	3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik	3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik	3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3690 = Intensivmedizin
2990 = Allgemeine Psychiatrie	3691 = Intensivmedizin
2991 = Allgemeine Psychiatrie	3692 = Intensivmedizin
2992 = Allgemeine Psychiatrie	3700 = sonstige Fachabteilung
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3750 = Angiologie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3751 = Radiologie
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3752 = Palliativmedizin
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3753 = Schmerztherapie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3754 = Heiltherapeutische Abteilung
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie	3755 = Wirbelsäulenchirurgie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie	3756 = Suchtmedizin
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik	3757 = Visceralchirurgie
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3790 = Sonstige Fachabteilung
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	3791 = Sonstige Fachabteilung
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie	3792 = Sonstige Fachabteilung
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie	
3200 = Nuklearmedizin	
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	
3290 = Nuklearmedizin	
3291 = Nuklearmedizin	
3292 = Nuklearmedizin	
3300 = Strahlenheilkunde	
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie	
3390 = Strahlenheilkunde	
3391 = Strahlenheilkunde	
3392 = Strahlenheilkunde	
3400 = Dermatologie	
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	
3490 = Dermatologie	
3491 = Dermatologie	
3492 = Dermatologie	
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	
3600 = Intensivmedizin	
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin	
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie	

Schlüssel 2

- 1 = Behandlung regulär beendet
- 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7 = Tod
- 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9 = 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- und teilstationärer Behandlung



Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

09/3

BASIS		11-13 Anamnese/Klinik		19-27 Spezielle Indikation zur Revision / Explantation des Schrittmacher-Aggregats	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden				wenn Schrittmacher-Aggregat-Problem (14) = ja	
1-10 Basisdokumentation					
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	11	Einstufung nach ASA-Klassifikation 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	19>	Batterieerschöpfung 1 = regulär 2 = vorzeitig
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte <input type="text"/>	12	Stimulationsbedürftigkeit 1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)	20>	vermutete Schrittmacherfehlfunktion 1 = ja
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK) <input type="text"/>	13	Wundkontaminationsklassifikation <small>nach Definition der CDC</small> 1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	21>	Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf 1 = ja
4	Institutionskennzeichen <small>http://www.arge-ik.de</small> <input type="text"/>	14-30 Indikation zur Revision/Explantation		22>	Pektoraliszucken 1 = ja
5	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>	14	Schrittmacher-Aggregat-Problem 1 = ja	23>	Taschenhämatom 1 = ja
6	Fachabteilung <small>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</small> <input type="text"/> Schlüssel 1	15	Sondenproblem 1 = ja	24>	Infektion 1 = ja
7	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>	16	Systemumwandlung 1 = ja	25>	anderes Taschenproblem 1 = ja
8	Geburtsdatum <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>	17	sonstige 1 = ja	26>	Aggregatperforation 1 = ja
9	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich	18	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff 1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationsersetzend/ambulant, andere Institution	27>	sonstige Indikation 1 = ja
10	Aufnahmedatum Krankenhaus <small>TT.MM.JJJJ</small> <input type="text"/>				

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

28-30	Spezielle Indikation zur Revision/ Explantation von Sonden	32	Operation OPS <small>http://www.dimdi.de</small>	1. <input type="text"/> - <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"/> <input type="text"/> 3. <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	wenn Feld 35 = 1	40>	Hersteller	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn Sondenproblem (15) = ja		33	Dauer des Eingriffs Schnitt-Nahtzeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Minuten	41-70	Schrittmachersonden		
28>	Vorhof	34	Durchleuchtungszeit	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Minuten	41-50	Vorhof		
	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing 8 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
		35-70	Schrittmachersystem		41>>	Art des Vorgehens		
		35-36	Schrittmachersystem			0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges		
29>	Ventrikel 1. Sonde	35	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	0 = nein, da Explantation 1 = ja	wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges			
	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing 8 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	wenn Feld 35 = 1		42>>>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde			
		36>	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges		1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt		
		37-40	Schrittmacher-Aggregat		wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
30>	Ventrikel 2. Sonde	37>	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	43>>>	NBL-Code 1. Ziffer		
	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing 8 = Stimulationsverlust/Reizschwellenanstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	wenn Art des Vorgehens nicht Neuimplantation			B = bipolar M = multipolar U = unipolar			
31-34	Operation	38>>	Jahr der Implantation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	44>>>	NBL-Code 2. Ziffer		
31	OP-Datum <small>TT.MM.JJJJ</small>	39>>>	nicht bekannt Jahr der Implantation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde		
					45>>>	nicht bekannt NBL-Code		
						1 = ja		

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

46>>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)	
47>>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> , <input type="text"/> v
48>>	nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)	
49>>	P-Wellen-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV
50>>	nicht gemessen P-Wellen-Amplitude, intraoperativ 1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen
51-60	Ventrikel
wenn System (36) = VVI (1), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)	
51>>	Art des Vorgehens 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges
wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges	
52>>>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt

wenn System (36) = VVI (1), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)	
53>>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
54>>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
55>>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja
56>>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
57>>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> , <input type="text"/> v
58>>	nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja
59>>	R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> mV
60>>	nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen

61-70	Ventrikel (2. Sonde)
wenn System (36) = CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)	
61>>	Art des Vorgehens 0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges
wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges	
62>>>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt
wenn System (36) = CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)	
63>>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar
64>>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde
65>>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja
66>>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger
67>>	Reizschwelle intraoperativ, bei 0,5 ms <input type="text"/> , <input type="text"/> v

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

68>>	nicht gemessen Reizschwelle, intraoperativ bei 0,5 ms 1 = ja	<input type="checkbox"/>
69>>	R-Amplitude intraoperativ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV	<input type="checkbox"/>
70>>	nicht gemessen R-Amplitude, intraoperativ 1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	<input type="checkbox"/>
71-93	Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems	
71-71	Schrittmachersystem	
71	System 1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	<input type="checkbox"/>
72-75	Schrittmacher-Aggregat	
72	Art des Vorgehens 1 = Explantation 9 = sonstiges	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 72 <> LEER		
73>	Jahr der Implantation JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
74>	nicht bekannt Jahr der Implantation 1 = ja	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 72 <> LEER		
75>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76-93	Schrittmachersonden	
76-81	Vorhof	
76	Art des Vorgehens 1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	<input type="checkbox"/>
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist		
77>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 76 <> LEER		
78>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar	<input type="checkbox"/>
79>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	<input type="checkbox"/>
80>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja	<input type="checkbox"/>
81>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
82-87	Ventrikel	
82	Art des Vorgehens 1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	<input type="checkbox"/>
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist		
83>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	<input type="checkbox"/>
wenn Feld 82 <> LEER		
84>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar	<input type="checkbox"/>
85>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	<input type="checkbox"/>
86>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja	<input type="checkbox"/>

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

87>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	93>	Hersteller 1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	102-103	Ort der Sondendislokation wenn Sondendislokation = ja
88-93	Ventrikel (2. Sonde)	94-109	Peri- bzw. postoperative Komplikationen	102>>	Vorhof 1 = ja
88	Art des Vorgehens 1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	94	peri- bzw. postoperative Komplikation(en) 0 = nein 1 = ja	103>>	Ventrikel 1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist		wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja		104>	Sondendysfunktion 1 = ja
89>	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde 1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	95>	Asystolie 1 = ja	105-106	Ort der Sondendysfunktion wenn Sondendysfunktion = ja
wenn Feld 88 <> LEER		96>	Kammerflimmern 1 = ja	105>>	Vorhof 1 = ja
90>	NBL-Code 1. Ziffer B = bipolar M = multipolar U = unipolar	97>	interventionspflichtiger Pneumothorax 1 = ja	106>>	Ventrikel 1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide
91>	NBL-Code 2. Ziffer 0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	98>	interventionspflichtiger Hämatothorax 1 = ja	wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja	
92>	nicht bekannt NBL-Code 1 = ja	99>	interventionspflichtiger Perikarderguss 1 = ja	107>	postoperative Wundinfektion nach Definition der CDC Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen
		100>	interventionspflichtiges Taschenhämatom 1 = ja	wenn postoperative Wundinfektion = ja	
		101>	Sondendislokation 1 = ja	108>>	CDC-Klassifikation 1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)
				wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja	
				109>>	sonstige interventionspflichtige Komplikation 1 = ja
				110-112	Entlassung
				110	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□

Datensatz Herzschrittmarker-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

111	<p>Entlassungsgrund</p> <p>§ 301-Vereinbarung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p> <p style="text-align: right;">□ □</p> <p>Schlüssel 2</p>
112	<p>Entlassungsdiagnose(n)</p> <p>ICD-10-GM http://www.dimdi.de</p> <p>1. □ □ □ . □ □</p> <p>2. □ □ □ . □ □</p> <p>3. □ □ □ . □ □</p> <p>4. □ □ □ . □ □</p> <p>5. □ □ □ . □ □</p> <p>6. □ □ □ . □ □</p> <p>7. □ □ □ . □ □</p> <p>8. □ □ □ . □ □</p>

Schlüssel 1

0100 = Innere Medizin	0900 = Rheumatologie	1792 = Neurochirurgie
0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1800 = Gefäßchirurgie
0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie	0990 = Rheumatologie	1890 = Gefäßchirurgie
0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie	0991 = Rheumatologie	1891 = Gefäßchirurgie
0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	0992 = Rheumatologie	1892 = Gefäßchirurgie
0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie	1000 = Pädiatrie	1900 = Plastische Chirurgie
0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie	1990 = Plastische Chirurgie
0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie	1991 = Plastische Chirurgie
0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie	1992 = Plastische Chirurgie
0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie	2000 = Thoraxchirurgie
0150 = Innere Medizin/Tumorforschung	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie	2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie	2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie	2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde	2090 = Thoraxchirurgie
0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie	2091 = Thoraxchirurgie
0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin	2092 = Thoraxchirurgie
0190 = Innere Medizin	1051 = Langzeitbereich Kinder	2100 = Herzchirurgie
0191 = Innere Medizin	1090 = Pädiatrie	2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
0192 = Innere Medizin	1091 = Pädiatrie	2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
0200 = Geriatrie	1092 = Pädiatrie	2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1100 = Kinderkardiologie	2190 = Herzchirurgie
0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin	2191 = Herzchirurgie
0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	1190 = Kinderkardiologie	2192 = Herzchirurgie
0290 = Geriatrie	1191 = Kinderkardiologie	2200 = Urologie
0291 = Geriatrie	1192 = Kinderkardiologie	2290 = Urologie
0292 = Geriatrie	1200 = Neonatologie	2291 = Urologie
0300 = Kardiologie	1290 = Neonatologie	2292 = Urologie
0390 = Kardiologie	1291 = Neonatologie	2300 = Orthopädie
0391 = Kardiologie	1292 = Neonatologie	2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
0392 = Kardiologie	1300 = Kinderchirurgie	2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
0400 = Nephrologie	1390 = Kinderchirurgie	2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1391 = Kinderchirurgie	2390 = Orthopädie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin	1392 = Kinderchirurgie	2391 = Orthopädie
0490 = Nephrologie	1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2392 = Orthopädie
0491 = Nephrologie	1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie	2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0492 = Nephrologie	1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie	1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde	2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde	1500 = Allgemeine Chirurgie	2425 = Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde	1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie	2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie	1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie	2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie	1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie	2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie	1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie	2500 = Geburtshilfe
0600 = Endokrinologie	1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie	2590 = Geburtshilfe
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie	1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie	2591 = Geburtshilfe
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV am 31.12.2003 geltenden Fassung)	2592 = Geburtshilfe
0690 = Endokrinologie	1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie	2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0691 = Endokrinologie	1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie	2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0692 = Endokrinologie	1590 = Allgemeine Chirurgie	2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0700 = Gastroenterologie	1591 = Allgemeine Chirurgie	2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie	1592 = Allgemeine Chirurgie	2700 = Augenheilkunde
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie	1600 = Unfallchirurgie	2790 = Augenheilkunde
0790 = Gastroenterologie	1690 = Unfallchirurgie	2791 = Augenheilkunde
0791 = Gastroenterologie	1691 = Unfallchirurgie	2792 = Augenheilkunde
0792 = Gastroenterologie	1692 = Unfallchirurgie	2800 = Neurologie
0800 = Pneumologie	1700 = Neurochirurgie	2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0890 = Pneumologie	1790 = Neurochirurgie	2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (stroke units)
0891 = Pneumologie	1791 = Neurochirurgie	2890 = Neurologie
0892 = Pneumologie		2891 = Neurologie
		2892 = Neurologie
		2900 = Allgemeine Psychiatrie

Datensatz Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie

2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie

2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie

2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung

2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung

2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik

2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik

2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik

2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik

2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2990 = Allgemeine Psychiatrie

2991 = Allgemeine Psychiatrie

2992 = Allgemeine Psychiatrie

3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie

3100 = Psychosomatik/Psychotherapie

3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik

3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3190 = Psychosomatik/Psychotherapie

3191 = Psychosomatik/Psychotherapie

3192 = Psychosomatik/Psychotherapie

3200 = Nuklearmedizin

3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde

3290 = Nuklearmedizin

3291 = Nuklearmedizin

3292 = Nuklearmedizin

3300 = Strahlenheilkunde

3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie

3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie

3390 = Strahlenheilkunde

3391 = Strahlenheilkunde

3392 = Strahlenheilkunde

3400 = Dermatologie

3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

3490 = Dermatologie

3491 = Dermatologie

3492 = Dermatologie

3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie

3600 = Intensivmedizin

3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin

3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie

3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie

3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie

3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie

3621 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie

3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie

3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie

3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie

3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie

3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie

3690 = Intensivmedizin

3691 = Intensivmedizin

3692 = Intensivmedizin

3700 = sonstige Fachabteilung

3750 = Angiologie

3751 = Radiologie

3752 = Palliativmedizin

3753 = Schmerztherapie

3754 = Heiltherapeutische Abteilung

3755 = Wirbelsäulenchirurgie

3756 = Suchtmedizin

3757 = Visceralchirurgie

3790 = Sonstige Fachabteilung

3791 = Sonstige Fachabteilung

3792 = Sonstige Fachabteilung

Schlüssel 2

- 1 = Behandlung regulär beendet
- 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7 = Tod
- 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9 = 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- und teilstationärer Behandlung

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Basis (genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §21 KHEntg oder §301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls es sich um einen gesetzlich versicherten Patienten handelt. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der alten Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	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><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<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.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
7	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Sie verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:</u></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) sind das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2014 bis zum 10.1.2014. 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2014 bis zum 20.1.2014 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2014, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.1.2014</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	führendes Symptom	0 = keines (asymptomatisch) 1 = Präsynkope/Schwindel 2 = Synkope einmalig 3 = Synkope rezidivierend 4 = Synkopenbedingte Verletzung 5 = Herzinsuffizienz NYHA II 6 = Herzinsuffizienz NYHA III oder IV 7 = asymptomatisch unter externer Stimulation 9 = sonstiges	Das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom.
13	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	1 = AV-Block I 2 = AV-Block II Wenckebach 3 = AV-Block II Mobitz 4 = AV-Block III 5 = faszikuläre Leitungsstörung 6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmale/persistierendem Vorhofflimmern) 7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern 8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS) 9 = Vasovagales Syndrom (VVS) 10 = kardiale Resynchronisationstherapie (CRT) 99 = sonstiges	Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ, ist nicht unter 7 sondern unter 6 zu dokumentieren.
14	Ätiologie	1 = angeboren 2 = neuromuskulär 3 = infarktbedingt 4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant 5 = sonstige Ablationsbehandlung 6 = Zustand nach herzchirurgischem Eingriff 7 = Zustand nach Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) 9 = sonstige/unbekannt	Ablation bei Vorhofflimmern ist unter „5 = sonstige Ablationsbehandlung“ zu dokumentieren. Unter Sonstiges sind – da nicht leitlinienrelevant – u. a. zu verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kardiomyopathisch (entzündlich, chronisch, akut) ▪ arteriosklerotisch ▪ systemerkrankungsbedingt ▪ toxisch ▪ degenerativ
15	voraussichtliche Stimulationsbedürftigkeit	1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Präoperative Diagnostik			
Indikationsbegründende EKG-Befunde			
16	Vorhoffrhythmus	1 = normofrequenter Sinusrhythmus 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	(1) Gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung. Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4): Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt. Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhoffrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
17	AV-Block	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz 5 = AV-Block III. Grades 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation	-
18	intraventrikuläre Leitungsstörungen	0 = keine (QRS < 120 ms) 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriorer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriorer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock, QRS 120 bis < 150 ms 5 = Linksschenkelblock, QRS >= 150 ms 6 = alternierender Schenkelblock 7 = QRS >= 120 ms ohne Differenzierung 9 = sonstige	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
19	Pausen außerhalb von Schlafphasen	0 = keine Pause 1 = ≤ 3 s 2 = > 3 s 3 = nicht bekannt	Die Information über die Pausen stammt oft aus dem Langzeit-EKG, die Pausen können auch aus dem Ruhe-EKG stammen, selten aus einer Monitorüberwachung im Krankenhaus.
20	Spontanfrequenz außerhalb von Schlafphasen	1 = < 40/min 2 = 40 bis unter 50/min 3 = ≥ 50/min 4 = nicht bekannt	Die Spontanfrequenz kann dem Ruhe-EKG oder der Monitorfrequenz bei OP entnommen werden. Ein Langzeit-EKG ist nicht gefordert.
Linksventrikuläre Funktion			
21	Ejektionsfraktion	0 = nicht bekannt 1 = keine oder leichte Einschränkung (>50%) 2 = mittlere Einschränkung (50 bis >35%) 3 = schwere Einschränkung (≤35%)	Gemessen oder geschätzt, unabhängig von der Methode der Bestimmung.
Zusätzliche Kriterien			
wenn führende Indikation (13) = AV-Block (1-4) oder faszikuläre Leitungsstörung (5)			
22	AV-Knotendiagnostik	0 = keine 1 = Blockierung im HIS-Purkinje-System (HV > 100 ms) 2 = Ergometrie mit persistierendem oder neuem AV-Block 3 = beides	-
wenn führende Indikation (13) = SSS (6), CSS (8) oder VVS (9)			
23	neurokardiogene Diagnostik	0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit Pause >3 s 2 = Kipptisch positiv 3 = beides	-
wenn führende Indikation (13) = permanentes Vorhofflimmern (7)			
24	Kammerfrequenz regelmäßig	0 = nein 1 = ja	-
wenn führende Indikation (13) = AV-Block (1-4) oder SSS (6) oder faszikuläre Leitungsstörung (5)			
25	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	0 = nein 1 = ja	Nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis														
wenn führende Indikation (13) = VVS (9) oder CRT (10)																	
26	Nondevice-Therapie (z.B. medikamentös) ineffektiv/ unzureichend	0 = nein 1 = ja	Zum Beispiel Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation														
Operation																	
27	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	-														
28	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2013 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2012 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2012 aufgenommen worden ist.														
Zugang des implantierten Systems																	
29	Vena cephalica	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs.														
30	Vena subclavia	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs.														
31	andere	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs.														
32	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-														
33	Durchleuchtungszeit	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: $\geq 0,0$ Minuten Angabe ohne Warnung: $\leq 100,0$ Minuten	Die Durchleuchtungszeit ist in Minuten mit einer Nachkommastelle anzugeben. Falls die Durchleuchtungszeit in Minuten und Sekunden vorliegt, so ist diese umzurechnen. Falls die verwendete Erfassungssoftware diese Umrechnungsmöglichkeit nicht anbietet, so kann folgende Umrechnungstabelle verwendet werden: <table border="1" data-bbox="1196 1062 1588 1431"> <thead> <tr> <th>Sekunden (Intervall)</th> <th>Minuten (eine Nachkommastelle)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 – 2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3 – 8</td> <td>0,1</td> </tr> <tr> <td>9 – 14</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>15 – 20</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>21 – 26</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>27 – 32</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)	1 – 2	0	3 – 8	0,1	9 – 14	0,2	15 – 20	0,3	21 – 26	0,4	27 – 32	0,5
Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)																
1 – 2	0																
3 – 8	0,1																
9 – 14	0,2																
15 – 20	0,3																
21 – 26	0,4																
27 – 32	0,5																

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis	
			33 – 38	0,6
			39 – 44	0,7
			45 – 50	0,8
			51 – 56	0,9
			57 – 59	1
<p><u>Umrechnungsbeispiele:</u></p> <p>1) Durchleuchtungszeit von 3 Minuten 2 Sekunden entspricht 3,0 Minuten. 2) Durchleuchtungszeit von 4 Minuten 23 Sekunden entspricht 4,4 Minuten. 3) Durchleuchtungszeit von 10 Minuten 57 Sekunden entspricht 11,0 Minuten.</p> <p>Bei Entfallen der Durchleuchtung ist hier der Wert 0 anzugeben.</p>				
<p>Implantiertes System (postoperativ funktionell aktive Anteile)</p>				
<p>Schrittmachersystem</p>				
34	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	-	
<p>Schrittmacher-Aggregat</p>				
35	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter 	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Schrittmachersonden			
Vorhof			
wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System			
36	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
37	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
38	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder sonstiges System			
39	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
40	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn System (34) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System			

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
41	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
42	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofoigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert „2“ ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
wenn System (34) = System mit Ventrikelsonde oder sonstiges System			
43	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
44	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
45	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
46	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
47	nicht gemessen	1 = ja	-
48	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
49	nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Ventrikel (2. Sonde)			
wenn System (34) = System mit 2. Ventrikelsonde oder sonstiges System			
50	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
51	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
52	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacemaker ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
53	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
54	nicht gemessen	1 = ja	-
55	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
56	nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
57	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung).
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
58	Asystolie	1 = ja	Eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert.
59	Kammerflimmern	1 = ja	-
60	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
61	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
62	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
63	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
64	Sondendislokation	1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt.
Ort der Sondendislokation			
wenn Sondendislokation = ja			
65	Vorhof	1 = ja	-
66	Ventrikel	1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide	-
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
67	Sondendysfunktion	1 = ja	-
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Sondendysfunktion = ja			
68	Vorhof	1 = ja	-
69	Ventrikel	1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide	-
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
70	postoperative Wundinfektion	1 = ja Format: Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen	<p><u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u></p> <p>Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor.</p> <p>Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.</p> <p>Außerdem gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. ▪ Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. ▪ Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. ▪ Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- 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 klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z.B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthaltes erworben wurden und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion. Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Webseite www.nrz-hygiene.de</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn postoperative Wundinfektion = ja			
71	CDC-Klassifikation	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<p><u>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</u></p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion 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 von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe 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 Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat 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. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient 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. 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.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet 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. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe 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>¹ Definition Implantat: 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>
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (57) = ja			
72	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs.
Entlassung			
73	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</u> Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthalts zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2012 bis zum 10.1.2012 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2012 bis zum 20.1.2012

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2012, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.1.2012
74	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 Format: § 301-Vereinbarung	-
75	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2015 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2014 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2014 aufgenommen worden ist.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Basis (genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §21 KHEntgG oder §301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls es sich um einen gesetzlich versicherten Patienten handelt. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der alten Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	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><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<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.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
7	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Sie verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:</u></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) sind das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthalts zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2014 bis zum 10.1.2014 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2014 bis zum 20.1.2014 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2014, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.1.2014</p>
Präoperative Anamnese/Klinik			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	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
12	Stimulationsbedürftigkeit	1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)	-
Indikation zum Aggregatwechsel			
13	Indikation zum Aggregatwechsel	1 = reguläre Batterieerschöpfung 2 = vorzeitige Batterieerschöpfung 3 = vermutete Schrittmacherfehlfunktion 4 = nachgewiesene Schrittmacherfehlfunktion 5 = Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf 6 = sonstige Indikation	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
14	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationersetzend/ambulant, andere Institution	-
Operation			
15	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	-
16	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2013 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2012 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2012 aufgenommen worden ist.
17	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems			
Implantiertes Schrittmachersystem			
18	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Implantiertes Schrittmacher-Aggregat			
19	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> • Pacesetter • Siemens • Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Belassene Schrittmacher-Sonden			
Vorhof			
wenn System (18) = System mit Vorhofsonde oder sonstiges System			
20	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
21	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn System (18) = System mit Vorhofsonde oder VDD oder sonstiges System			
22	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
23	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert „2“ ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
wenn System (18) = System mit Ventrikelsonde oder sonstiges System			
24	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
25	nicht gemessen	1 = ja	-
26	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
27	nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Ventrikel (2.Sonde)			
wenn System (18) = System mit zwei Ventrikelsonden oder sonstiges System			
28	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
29	nicht gemessen	1 = ja	-
30	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
31	nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	-
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems			
Explantiertes Schrittmachersystem			
32	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	-
33	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
34	nicht bekannt	1 = ja	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
35	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Peri- bzw. postoperative Komplikationen			
36	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung).
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (36) = ja			
37	Asystolie	1 = ja	Eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert.
38	Kammerflimmern	1 = ja	-
39	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
40	postoperative Wundinfektion	1 = ja Format: Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen	<u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u> 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: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. ▪ Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. ▪ Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- 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 klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z.B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthalts erworben wurden und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert. Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Webseite www.nrz-hygiene.de</p>
wenn postoperative Wundinfektion = ja			
41	CDC-Klassifikation	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<p><u>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</u></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,</p> <p>und</p> <p>eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe von der oberflächlichen Inzision.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>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.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion 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. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient 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. 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 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.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ol style="list-style-type: none"> 2. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe 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>¹ Definition Implantat: 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>
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (36) = ja			
42	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs.
Entlassung			
43	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</u> Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthalts zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2012 bis zum 10.1.2012 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2012 bis zum 20.1.2012 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2012, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.1.2012</p>
44	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 Format: § 301-Vereinbarung	-
45	Entlassungsdiagnose(n)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2015 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2014 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2014 aufgenommen worden ist.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Basis (genau ein Bogen muss ausgefüllt werden)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §21 KHEntg oder §301 Abs. 3 SGB V). Diese Information muss im QS- Datensatz dokumentiert werden, falls es sich um einen gesetzlich versicherten Patienten handelt. Sie kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) übernommen werden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
2	Versichertennummer der alten Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der alten Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche noch nicht über die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
3	Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)	-	<p>Das Datenfeld „Versichertennummer der neuen Versichertenkarte (eGK)“ wird von den Krankenhäusern an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach §301 Abs. 3 SGB V). Dieses Datenfeld soll bei gesetzlich Versicherten genutzt werden, welche bereits über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) verfügen. Diese Information muss im QS-Datensatz dokumentiert werden, falls eine automatische Übernahme aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) möglich ist.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Landesgeschäftsstelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
4	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><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<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.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
6	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	-
7	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Sie verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an die LQS oder das AQUA-Institut übermittelt.
8	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
9	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	-
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:</u></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) sind das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthalts zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2014 bis zum 10.1.2014 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2014 bis zum 20.1.2014 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2014, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.1.2014</p>
Anamnese/Klinik			
11	Einstufung nach ASA-Klassifikation	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	<p>Risikoklassifikation</p> <p>ASA = American Society of Anesthesiologists</p>
12	Stimulationsbedürftigkeit	1 = permanent (>90%) 2 = häufig (5-90%) 3 = selten (<5%)	-
13	Wundkontaminationsklassifikation	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	<p><u>Präoperative Wundkontamination nach CDC- Kriterien</u></p> <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. – Zum Beispiel elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ z.B. 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. <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. – Zum Beispiel abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung.</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. – Zum Beispiel OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom. (Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
Indikation zur Revision/Explantation			
14	Schrittmacher-Aggregat-Problem	1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Problems mit dem SM-Aggregat und/oder der SM-Tasche.
15	Sondenproblem	1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Sondenproblems.
16	Systemumwandlung	1 = ja	-
17	sonstige	1 = ja	Revision erfolgt wegen eines Problems, das weder mit dem SM-Aggregat noch mit der SM-Tasche oder den SM-Sonden zusammenhängt.
18	Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	1 = stationär, eigene Institution 2 = stationär, andere Institution 3 = stationärsersetzend/ambulant, eigene Institution 4 = stationärsersetzend/ambulant, andere Institution	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Spezielle Indikation zur Revision / Explantation des Schrittmacher- Aggregats			
19	Batterieerschöpfung	1 = regulär 2 = vorzeitig	Eingriffe, bei denen nur ein Aggregatwechsel vorgenommen wird, sind mit Modul 09/2 zu dokumentieren. vorzeitig: hier sind auch vorzeitige Aggregatwechsel anlässlich einer Revisionsoperation zu dokumentieren.
20	vermutete Schrittmacherfehlfunktion	1 = ja	Bei der Nachkontrolle Anzeichen einer SM-Dysfunktion, wie niedrige Ausgangsspannung, Unmöglichkeit der Abfrage oder Unmöglichkeit der Programmierung
21	Schrittmacherfehlfunktion mit Rückruf	1 = ja	Unabhängig von Anzeichen einer SM-Dysfunktion, wenn der SM von einer Rückrufaktion betroffen ist
22	Pektoraliszucken	1 = ja	Unerwünschte Miterregung der Brustmuskulatur
23	Taschenhämatom	1 = ja	-
24	Infektion	1 = ja	Zum Beispiel Abszess in der SM-Tasche mit den typischen Infektionszeichen tumor, dolor, calor, rubor, functio laesa oder Fieber in Verbindung mit positiven Blutkulturen, wenn eine andere Ursache ausgeschlossen werden konnte.
25	anderes Taschenproblem	1 = ja	Jedes Problem der SM-Tasche, das nicht in einer Infektion, einer Perforation von Anteilen des SM-Aggregats durch die Haut, einem Taschenhämatom oder Pektoraliszucken besteht, wie z.B. eine schmerzhafte SM-Tasche oder eine zu weit lateral, medial, kranial oder kaudal gelegene SM-Tasche.
26	Aggregatperforation	1 = ja	Perforation von Anteilen des SM-Aggregats durch die Haut.
27	sonstige Indikation	1 = ja	Probleme, die sich unter keiner der vorgenannten Probleme subsumieren lassen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Spezielle Indikation zur Revision/ Explantation von Sonden			
wenn Sondenproblem (15) = ja			
28	Vorhof	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing 8 = Stimulationsverlust/Reizschwellen- anstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	-
29	Ventrikel 1. Sonde	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/Undersensing 8 = Stimulationsverlust/Reizschwellena nstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis														
30	Ventrikel 2. Sonde	1 = Dislokation 2 = Sondenbruch 3 = Isolationsdefekt 4 = fehlerhafte Konnektion 5 = Zwerchfellzucken 6 = Inhibition durch Muskelpotentiale/ Oversensing 7 = Wahrnehmungsfehler/ Undersensing 8 = Stimulationsverlust/ Reizschwellenanstieg 9 = Infektion 10 = Myokardperforation 99 = sonstige	-														
Operation																	
31	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	-														
32	Operation	-	Alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs sind hier zu dokumentieren.														
33	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: ≥ 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-														
34	Durchleuchtungszeit	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: $\geq 0,0$ Minuten Angabe ohne Warnung: $\leq 100,0$ Minuten	Die Durchleuchtungszeit ist in Minuten mit einer Nachkommastelle anzugeben. Falls die Durchleuchtungszeit in Minuten und Sekunden vorliegt, so ist diese umzurechnen. Falls die verwendete Erfassungssoftware diese Umrechnungsmöglichkeit nicht anbietet, so kann folgende Umrechnungstabelle verwendet werden:														
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sekunden (Intervall)</th> <th>Minuten (eine Nachkommastelle)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 - 2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3 - 8</td> <td>0,1</td> </tr> <tr> <td>9 - 14</td> <td>0,2</td> </tr> <tr> <td>15 - 20</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>21 - 26</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>27 - 32</td> <td>0,5</td> </tr> </tbody> </table>	Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)	1 - 2	0	3 - 8	0,1	9 - 14	0,2	15 - 20	0,3	21 - 26	0,4	27 - 32	0,5
Sekunden (Intervall)	Minuten (eine Nachkommastelle)																
1 - 2	0																
3 - 8	0,1																
9 - 14	0,2																
15 - 20	0,3																
21 - 26	0,4																
27 - 32	0,5																

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis										
			<table border="1"> <tr> <td>33 – 38</td> <td>0,6</td> </tr> <tr> <td>39 – 44</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>45 – 50</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td>51 – 56</td> <td>0,9</td> </tr> <tr> <td>57 – 59</td> <td>1</td> </tr> </table> <p>Umrechnungsbeispiele:</p> <p>1) Durchleuchtungszeit von 3 Minuten 2 Sekunden entspricht 3,0 Minuten. 2) Durchleuchtungszeit von 4 Minuten 23 Sekunden entspricht 4,4 Minuten. 3) Durchleuchtungszeit von 10 Minuten 57 Sekunden entspricht 11,0 Minuten.</p> <p>Bei Entfallen der Durchleuchtung ist hier der Wert 0 anzugeben.</p>	33 – 38	0,6	39 – 44	0,7	45 – 50	0,8	51 – 56	0,9	57 – 59	1
33 – 38	0,6												
39 – 44	0,7												
45 – 50	0,8												
51 – 56	0,9												
57 – 59	1												
Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems													
Schrittmachersystem													
35	postoperativ funktionell aktives SM-System vorhanden	0 = nein, da Explantation 1 = ja	-										
wenn Feld 35 = 1													
36	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	-										
Schrittmacher-Aggregat													
37	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff am Aggregat 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 9 = sonstiges	Bei Systemwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Aggregat) Art des Vorgehens „Explantation“ (Feld 71) eintragen.										
wenn Art des Vorgehens nicht Neuimplantation													
38	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-										
39	nicht bekannt	1 = ja	-										

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn Feld 35 = 1			
40	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Schrittmacher-Sonden			
Vorhof			
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
41	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Explantation“ eintragen.
wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges			
42	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
43	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
44	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
45	nicht bekannt	1 = ja	-
46	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
47	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
48	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
wenn System (36) = AAI (2), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit einer Vorhofsonde (5) oder sonstiges (7)			
49	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 15,0$ mV	intraoperative Messung
50	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert „2“ ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel			
wenn System (36) = VVI (1), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)			
51	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Explantation“ eintragen.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges			
52	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn System (36) = VVI (1), DDD (3), VDD (4), CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)			
53	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
54	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
55	nicht bekannt	1 = ja	-
56	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
57	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: ≥ 0,0 V Angabe ohne Warnung: ≤ 9,9 V	intraoperative Messung
58	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
59	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: ≥ 0,0 mV Angabe ohne Warnung: ≤ 30,0 mV	intraoperative Messung

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
60	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert „2“ ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Ventrikel (2. Sonde)			
wenn System (36) = CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)			
61	Art des Vorgehens	0 = kein Eingriff an der Sonde 1 = Neuimplantation 2 = Neuplatzierung 4 = Reparatur 9 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Neuimplantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell nicht aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Explantation“ eintragen.
wenn Art des Vorgehens kein Eingriff an der Sonde, Neuplatzierung, Reparatur oder sonstiges			
62	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn System (36) = CRT-System mit oder ohne Vorhofsonde (5,6) oder sonstiges (7)			
63	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
64	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
65	nicht bekannt	1 = ja	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
66	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
67	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0,0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
68	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-
69	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: $\geq 0,0$ mV Angabe ohne Warnung: $\leq 30,0$ mV	intraoperative Messung
70	nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert „2“ ist einzutragen, wenn eine fehlende p-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.
Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems			
Schrittmachersystem			
71	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = sonstiges	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Schrittmacher-Aggregat			
72	Art des Vorgehens	1 = Explantation 9 = sonstiges	Bei Systemwechsel hier „Explantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-System) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen.
wenn Feld 72 ◇ LEER			
73	Jahr der Implantation	Format: JJJJ	-
74	nicht bekannt	1 = ja	-
wenn Feld 72 ◇ LEER			
75	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Schrittmacher-Sonden			
Vorhof			
76	Art des Vorgehens	1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Explantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen.
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist			
77	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 76 ◇ LEER			

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
78	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
79	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
80	nicht bekannt	1 = ja	-
81	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Ventrikel			
82	Art des Vorgehens	1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Explantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen.
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist			
83	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = <= 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 82 <> LEER			
84	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
85	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
86	nicht bekannt	1 = ja	-
87	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.
Ventrikel (2.Sonde)			
88	Art des Vorgehens	1 = Explantation 2 = Stilllegung 3 = sonstiges	Bei Sondenwechsel hier „Explantation“ eintragen, analog bei (Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems/Schrittmacher-Sonden/Vorhof) Art des Vorgehens „Neuimplantation“ eintragen.
wenn Art des Vorgehens ausgefüllt ist			
89	Zeitabstand zur Implantation dieser Sonde	1 = ≤ 1 Jahr 2 = > 1 Jahr 9 = unbekannt	-
wenn Feld 88 ◊ LEER			
90	NBL-Code 1. Ziffer	B = bipolar M = multipolar U = unipolar	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996
91	NBL-Code 2. Ziffer	0 = keine Fixation A = aktive Fixation, z.B. Schraubsonde P = passive Fixation, z.B. Ankersonde	„Lead Code“ NASPE/BPEG-Kode von 1996

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
92	nicht bekannt	1 = ja	-
93	Hersteller	1 = Biotronik 3 = Boston Scientific/CPI/Guidant/Intermedics 7 = Medtronic 8 = Osypka 9 = Sorin Biomedica/ELA Medical 11 = Vitatron 18 = St. Jude Medical 89 = nicht bekannt 99 = sonstiger	Hersteller, der nicht endgültig zuzuordnen ist, bitte als „sonstiger“ eintragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cook ▪ Implantronik ▪ Medico ▪ CCS ▪ Cardiac Impulse ▪ Stöckert sind unter „sonstiger“ zu dokumentieren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacesetter ▪ Siemens ▪ Teletronics sind unter St. Jude Medical zu dokumentieren.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

94	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach dem Schrittmachereingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung).
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja			
95	Asystolie	1 = ja	Eine a priori vorliegende Asystolie wird nicht als perioperative Asystolie dokumentiert.
96	Kammerflimmern	1 = ja	-
97	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
98	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	Klinisch und/oder röntgenologisch gesichert.
99	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
100	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
101	Sondendislokation	1 = ja	Sondendislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt.

Ort der Sondendislokation

wenn Sondendislokation = ja			
102	Vorhof	1 = ja	-
103	Ventrikel	1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja			
104	Sondendysfunktion	1 = ja	
Ort der Sondendysfunktion			
wenn Sondendysfunktion = ja			
105	Vorhof	1 = ja	
106	Ventrikel	1 = 1. Ventrikelsonde 2 = 2. Ventrikelsonde 3 = beide	
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja			
107	postoperative Wundinfektion	1 = ja Format: Erläuterungen i. d. Ausfüllhinweisen	<p><u>Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen</u> 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/Befunde und der Ergebnisse paraklinischer Untersuchungen. ▪ Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden. ▪ Laborbefunde können mikrobiologisch kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden. ▪ Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: z.B. Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigraphie- 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 klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für einige Infektionen, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z.B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten). <p>Die Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein. Infektionen, die während des Krankenhausaufenthalts erworben sind und erst nach Entlassung evident werden, gelten ebenfalls als nosokomial. Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<p>nosokomiale Infektionen angesehen. Ein alleiniger Erregerwechsel reicht nicht aus, um eine neue Infektion zu diagnostizieren. Für die Diagnose einer neuen Infektion des gleichen Organsystems wird zusätzlich ein klinisch freies Intervall gefordert.</p> <p>Eine reine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p> <p>Entzündungen nicht infektiöser Genese (z.B. alkoholtoxische Pankreatitis) werden nicht erfasst.</p> <p>Die Vermeidbarkeit bzw. Unvermeidbarkeit hat auf die Diagnostik einer nosokomialen Infektion keinen Einfluss.</p> <p>Konkrete Hinweise und Beispiele zur Anwendung dieser Definitionen bei den KISS-Indikator-OP-Arten finden Sie auf den aktuellen Indikator-OP-Listen auf der Webseite www.nrz-hygiene.de</p>
wenn postoperative Wundinfektion = ja			
108	CDC-Klassifikation	<p>1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)</p>	<p><u>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen</u></p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion 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 von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe 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 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 Faszien-schicht und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p>

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. der Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient 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. 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 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. Kultureller Nachweis von Erregern aus einem aseptisch entnommenen Wundsekret oder Gewebe 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>¹ Definition Implantat: 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	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
wenn peri- bzw. postoperative Komplikationen (94) = ja			
109	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs.
Entlassung			
110	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p><u>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</u> Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthalts zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 5.1.2012 bis zum 10.1.2012 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.1.2012 bis zum 20.1.2012 Das „Aufnahmedatum Krankenhaus“ des zusammengeführten Falles ist der 5.1.2012, das „Entlassungsdatum Krankenhaus“ ist der 20.1.2012</p>
111	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 Format: § 301-Vereinbarung	-
112	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2015 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2014 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2014 aufgenommen worden ist.

■ DATENFLÜSSE UND EINBEZIEHUNG VON NICHT-GKV-VERSICHERTEN

Datenflüsse und Einbeziehung von Nicht-GKV-Versicherten

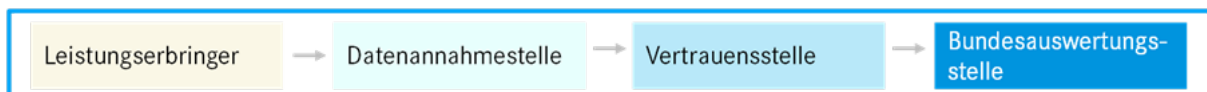
Ziele

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der QS-Verfahren gemäß QSKH-RL (zunächst für die Leistungsbereiche der *Herzschrittmacher* und *Hüft- und Knieendoprothesen*) ist die Erhebung der patientenidentifizierenden Daten (PID) erforderlich, um die Längsschnittanalysen einrichtungsübergreifend durchführen zu können.

Für diese Erhebungen muss eine einheitliche Systematik geschaffen werden, um einrichtungsübergreifend die Qualität messen zu können – natürlich unter Berücksichtigung der Datenschutzaufgaben. Die Qualitätssicherungsdaten (QS-Daten) müssen daher von verschiedenen Quellen fallbezogen zusammengetragen und zusammengeführt werden können, ohne dass dadurch Rückschlüsse auf den Patienten möglich sind. Gesetzlich ist eine Datenerhebung zur Qualitätssicherung für alle Krankenhauspatienten bzw. für alle stationären Behandlungen vorgeschrieben und wird in stationären Einrichtungen seit Jahren durchgeführt. Bei der Zusammenführung zweier Datensätze von **nicht** gesetzlich versicherten Patienten (entweder im zeitlichen Verlauf oder von zwei unterschiedlichen Leistungserbringern) besteht das Problem, dass diese aus datenschutzrechtlichen und vertraglichen Gründen der Datenerhebung zustimmen müssten. Aus diesem Grund hat der G-BA alle nicht GKV-Versicherten aus der sektorenübergreifenden Datenerhebung und damit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung vorerst ausgeschlossen, da der Aufwand zur Einholung einer Einwilligung zu groß wäre. Es wird jedoch erwartet, dass der Gesetzgeber hier eine Lösung des Problems schaffen wird.

Neue Herausforderungen

Um Daten von verschiedenen Leistungserbringern (Krankenhäusern) unter Wahrung der Anonymität der (gesetzlich versicherten) Patienten zusammenführen zu können, ist ein mehrstufiger Prozess notwendig:



Institution	Aufgaben in Bezug auf die QS-Daten
Leistungserbringer	Datenquelle, Datenerhebung
Datenannahmestelle	Pseudonymisierung der Leistungserbringerdaten
Vertrauensstelle	Pseudonymisierung der Patientendaten
Auswertungsstelle	Erstellen von Berichten und Auswertungen auf Basis von pseudonymisierten leistungserbringeridentifizierenden Daten (LID) und pseudonymisierten patientenidentifizierenden Daten (PID)

Dabei muss eine technische Möglichkeit geschaffen werden, die theoretisch und praktisch ermöglicht, dass jede beteiligte Institution nur bestimmte Daten des erhaltenen Dokuments einsehen, verarbeiten und weiterleiten kann. Die Daten der anderen Institution dürfen nicht zugänglich sein.

Um dies zu gewährleisten, wurde das weltweit verbreitete XML-Dateiformat als Standard für derartige Anforderungen eingebracht.

**Neues Format
XML**

Technischer Vergleich zwischen CSV und XML

Ein kurzer Vergleich des CSV- und des XML-Formats hinsichtlich der oben dargestellten Herausforderungen sieht wie folgt aus:

Bereich	CSV	XML
Größe der Datei	Gering, wenig Steuerzeichen zusätzlich zu den QS-Daten	Groß, viele Steuerzeichen zusätzlich zu den QS-Daten
Struktur der Datei	Fix - durch ein Zeichen, welches nicht in den QS-Daten enthalten sein darf, sonst entsteht ein Fehler.	Flexibel
Steuer-/Kopf-/Admin-Daten	In getrennter Datei	Gemeinsam mit QS-Daten
Abhängigkeiten innerhalb der Datei darstellbar (Beispiel: Mehrere Patienten mit jeweils mehreren QS-Daten)	Nahezu nicht möglich (nur mit sehr großem Aufwand)	Möglich, ohne großen Aufwand
Zeichensatz der Datei	Nicht geregelt	Geregelt
Verschlüsselung von Teilbereichen	Nahezu nicht möglich (nur mit sehr großem Aufwand)	Möglich, ohne großen Aufwand
Komprimierbarkeit	Gering (da wenig Steuerzeichen)	Hoch (da viele Steuerzeichen)
Aufwand bei Änderung in der Struktur	Hoch	Gering

Weitere Vorteile des XML-Formats

Neben den tabellarisch dargestellten Basisvorteilen gibt es zudem weitere Prozessvorteile, wodurch nachfolgende Institutionen die erhaltenen XML-Dateien schneller verarbeiten können.

XML-Schema

Ein XML-Schema ist eine Ergänzung zur XML-Datei und wird vom AQUA-Institut kostenlos zur Verfügung gestellt. Jede Institution kann eingehende Dateien problemlos mithilfe des XML-Schemas prüfen, da nahezu jede Programmiersprache hierzu vorgefertigte Algorithmen anbietet, sodass der Prüfaufwand a) automatisiert werden kann und b) sehr gering ist.

Die Vorteile durch den Einsatz von XML-Schemata sind:

- Datenlieferanten und Datenempfänger können mit Standardwerkzeugen die Korrektheit der Daten feststellen
- Empfehlung des W3C (World Wide Web Consortium)
- Implementierungen für nahezu alle Programmiersprachen verfügbar
- Standard zur Modellierung von Daten
- Validierung der Struktur und des Inhalts von XML-Dateien
- Unterstützung einer großen Anzahl von Datentypen (einfache/komplexe)
- Verarbeitung von Streams (also nicht nur Dateien, sondern auch Datenströme) möglich

Mit einem XML-Schema kann eine XML-Datei mit einem „Klick“ oder einer Zeile eines Programmcodes geprüft werden. Die Prüfung stellt sicher, dass die Datei vom strukturellen Aufbau korrekt ist (es sind mannigfaltige Strukturen innerhalb einer XML-Datei machbar) und sie kann sogar die Datentypen von Inhalten prüfen (beispielsweise kann eine Altersangabe nicht „N8“ sein oder „11.3.1970“, sondern nur eine numerische Zahl wie beispielsweise „42“).

XSL-Transformationen

Ein weiterer entscheidender Vorteil liegt in der XSL-Transformation. Hiermit kann eine XML-Datei visualisiert oder für andere Zwecke automatisch verarbeitet werden. Dabei werden die XML-Inhalte (Strukturen/Felder) einem Ausgabeformat zugeordnet. Jede Institution kann eingehende Dateien somit sehr schnell in weitere Formate umwandeln oder visualisieren. Nahezu jede Programmiersprache bietet auch hier vorgefertigte Algorithmen an, sodass der Transformationsaufwand ebenfalls a) automatisiert werden kann und b) sehr gering ist.

Die Vorteile durch den Einsatz der XSL-Transformation sind:

- Empfehlung des W3C (World Wide Web Consortium)
- Die XML-Inhalte werden von spezieller Software (den XSLT-Prozessoren) eingelesen, um XML-Dokumente in das gewünschte Ausgabeformat zu transformieren
- XSLT-Prozessoren sind auch in vielen modernen Webbrowsern integriert
- Implementierungen für nahezu alle Programmiersprachen verfügbar

Eine eingehende XML-Datei kann beispielsweise mit einem XSLT-Skript zur Anzeige gebracht werden, sodass nur die Prüfergebnisse sichtbar sind. Dabei werden Fehler in roter und Warnun-

gen in gelber Farbe ausgegeben. Oder man möchte eine XML-Datei in ein reduziertes Format für einen Datenbankimport vorbereiten usw.

XML ist *das* Exportformat

Neben den zahlreichen technischen Vorteile im Dateiformat und für den weiterverarbeitenden Prozess ist XML als Exportformat zurzeit die einzige Möglichkeit, die PID zu exportieren, richtliniengemäß zu verschlüsseln und zu pseudonymisieren.

Allein mit dem CSV-Format wären die komplexen Vorgaben der Richtlinien nicht mit einem vertretbaren Aufwand umsetzbar.

Da der Export der PID für die Durchführung der Längsschnittanalysen erforderlich ist, ist die Umstellung der Exporte dieser Verfahren auf das XML-Format unabdingbar.

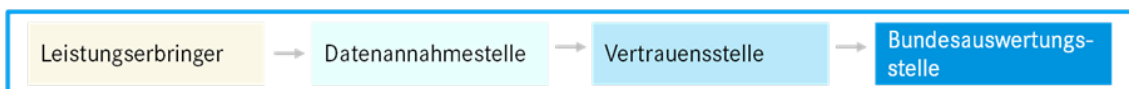
Bewertung verschiedener Szenarien

Im Folgenden sollen verschiedene Szenarien für die Verfahren unter Einbezug von GKV- und Nicht-GKV-Versicherte bewertet werden.

Die Bewertung geschieht vor dem Hintergrund, dass zukünftig PID-Verfahren genutzt werden sollen und dabei die vorhandenen, gut laufenden Verfahren nicht gefährdet werden sollen. Diese sollen auch in Zukunft sicher weiterlaufen.

Voraussetzungen / Annahmen aufgrund der Richtlinien:

- Bei GKV-Patienten (GKV) wird vorausgesetzt, dass PID-Daten übertragen werden sollen. Ferner werden diesen Dateien immer über die Vertrauensstelle laufen.



- Bei Nicht-GKV-Patienten (Nicht-GKV) wird vorausgesetzt, dass keine PID-Daten erhoben und übertragen werden dürfen. Diese Daten werden direkt an die Bundesauswertungsstelle übermittelt.



In den folgenden Szenarien werden nun die grundsätzlichen Möglichkeiten des Exportes dargestellt sowie aufgeschlüsselt und bewertet.

Szenario	Export-Dateien	Format	Beschreibung	Aufwände der Institutionen
A	Eine CSV-Datei: GKV + Nicht-GKV	CSV	Eine CSV-Datei für GKV und Nicht-GKV-Patienten zusammen	PID-Daten im CSV-Format nur mit hohem Aufwand möglich
B	Eine XML-Datei: GKV + Nicht-GKV	XML	Eine XML-Datei für GKV und Nicht-GKV-Patienten zusammen	Wenig Aufwand, da nur ein Datenexport
C	GKV - Datei	CSV	Zwei Dateien im CSV-Format, getrennt nach GKV und Nicht-GKV	PID-Daten im CSV-Format nur mit hohem Aufwand möglich. Außerdem hoher Aufwand, da zwei Datenexporte und ggf. Prüfungen (fehleranfällig)
	Nicht-GKV - Datei			
D	GKV - Datei	XML	Zwei Dateien im XML-Format, getrennt nach GKV und Nicht-GKV	Hoher Aufwand, da zwei Datenexporte und ggf. Prüfung (fehleranfällig)
	Nicht-GKV - Datei			
E	GKV - Datei	XML	Zwei Dateien, getrennt nach GKV (XML) und Nicht-GKV (CSV)	Sehr hoher Aufwand (auch Investition), da zwei Datenexporte und ggf. Prüfung (fehleranfällig) und Bereitstellung von zwei Datenformaten
	Nicht-GKV - Datei	CSV		

Diese Szenarien werden im Folgenden in Bezug auf die Realisierbarkeit bewertet.

Szenario A

Hier handelt es sich um ein bestehendes Format für die QS-Verfahren der Krankenhäuser und um ein bestehendes Verfahren für alle Datensätze, die nicht mit weiteren Datensätzen zusammengeführt werden müssen. Probleme treten auf, wenn auch im Krankenhaus Datensätze exportiert werden, die einem anderen Datenfluss folgen und PID beinhalten, um Datensätze zusammenzuführen. Zurzeit bedeutet dies, dass zwei Datenformate zum Export der Daten der Krankenhäuser zur Verfügung stehen müssen, was höhere Aufwände und Kosten für das Krankenhaus und die anderen am Datenfluss beteiligten Institutionen verursacht. In der Qesü-RL dagegen ist der Datenfluss bisher immer mit PID und über die Vertrauensstelle vorgesehen, da Datensätze zusammenzuführen sind, also ein XML-Format obligatorisch ist.

Da PID enthalten sind, ist eine kostengünstige und aufwandsarme Realisierung mit dem CSV-Format nicht umsetzbar und nicht vertretbar. Das Szenario scheidet für die weitere Betrachtung aus.

Szenario B

Ausgehend von der Überlegung, dass in Krankenhäusern ein Datenexport in einem einheitlichen Format als die einfachste Lösung betrachtet werden kann, muss geprüft werden, ob ein neuer Datenfluss über die Vertrauensstelle (nur Durchlauf, ohne Aktion) in die Richtlinie aufgenommen werden kann. Andernfalls müsste eine Trennung der Daten der Nicht-GKV-Versicherten und der GKV-Versicherten in der Datenannahmestelle erfolgen. Hierfür wäre eine Anpassung der QSKH-RL erforderlich (für die Qesü-RL ist keine Erhebung von Nicht-GKV-Versicherten vorgesehen) und es entstünde ein zusätzlicher Aufwand in der Datenannahmestelle.

Da es sich um nur **eine** Datei handelt, in der PID der gesetzlich versicherten Patienten enthalten sind, muss diese Datei über die Vertrauensstelle weitergegeben werden. Diese Institution betrachtet die Datensätze der Nicht-GKV-Patienten nicht.

Szenario C

Das Krankenhaus müsste in diesem Fall zwei Datenpools bilden, um anschließend einen getrennten Export mit und ohne PID durchführen zu können. Damit vergrößern sich sowohl der Aufwand im Krankenhaus und bei den anderen am Datenfluss beteiligten Institutionen als auch die Wahrscheinlichkeit, dass Daten „falsch“ gesammelt werden können. In der Bundesauswertungsstelle entsteht ebenfalls ein größerer Aufwand, da eine gesonderte Datenauswertung und Darstellung erforderlich ist.

Da PID in einer der beiden Dateien enthalten sind, ist eine kostengünstige und aufwandsarme Realisierung mit dem CSV-Format nicht umsetzbar und nicht vertretbar. Das Szenario scheidet für die weitere Betrachtung aus.

Szenario D

Ausgehend von der Überlegung, dass in Krankenhäusern und in den anderen am Datenfluss beteiligten Institutionen ein Datenexport in einem einheitlichen Format als die einfachste Lösung betrachtet werden kann, muss geprüft werden, ob der neue Datenfluss über die Vertrauensstelle (nur Durchlauf, ohne Aktion) in die Richtlinie aufgenommen werden kann. Andernfalls müsste eine Trennung der Daten der Nicht-GKV-Versicherten und der GKV-Versicherten in der Datenannahmestelle erfolgen. Hierfür wäre eine Anpassung der QSKH-RL erforderlich und es entstünde zusätzlicher Aufwand in der Datenannahmestelle.

Dieses Szenario entspricht dem Szenario B, zusätzlich entsteht außerdem Aufwand durch die getrennte Datensammlung und den getrennten Datenexport (z.B. mehr Fehler = mehr Aufwand).

Hier werden zwei Dateien im XML-Format erzeugt:

- Datei GKV
Die Datei mit den PID wird von der Datenannahmestelle über die Vertrauensstelle an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.
- Datei Nicht-GKV
Die Datei ohne PID wird von der Datenannahmestelle direkt an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet.

Szenario E

Hier werden zwei Dateien in unterschiedlichen Formaten erzeugt:

- Datei GKV (Format XML)
Die Datei mit den PID wird von der Datenannahmestelle über die Vertrauensstelle an die Bundesauswertungstelle weitergeleitet.
- Datei Nicht-GKV (Format CSV)
Die Datei ohne PID wird von der Datenannahmestelle direkt an die Bundesauswertungstelle weitergeleitet.

Diese Lösung stellt den größten Aufwand dar, da alle Institutionen zwei Formate unterstützen müssen. Vor allem die Softwareanbieter der Leistungserbringer müssen dann zwei Exporttechniken unterstützen und umsetzen.

Ein Wechsel nach CSV und XML, also das XML- zusätzlich zum CSV-Format einzuführen, ist ein doppelter Aufwand. Es gibt dadurch doppelte Protokolle, auf die reagiert werden muss; bei Korrekturen müssen die Dateien immer in beide Formaten erneut geschickt werden.

Außerdem ist dieses Szenario nur möglich, wenn einer der Exporte als Testexport festgelegt wird. Ein Test- bzw. ein Sonderexport kann nicht die Vollständigkeit und Validität des Echtexports erreichen, weil allein der Echtexport mit Sanktionen behaftet und über einen längeren Zeitraum angelegt ist, was den Leistungserbringern und Softwareanbietern die Möglichkeit gibt, Fehler bei der Erfassung, beim Export oder in den Schnittstellen zum Krankenhausinformationssystem (KIS) rechtzeitig zu analysieren und zu beheben.

Das Szenario scheidet für die weitere Betrachtung aus.

Fazit

Die aufgrund der Darstellungen verbleibenden Szenarien sind B und D:

Szenario	Export-Dateien	Format	Beschreibung
B	GKV + Nicht-GKV	XML	Eine XML-Datei für GKV und Nicht-GKV-Patienten zusammen
D	GKV Nicht-GKV	XML	Zwei Dateien im XML-Format, getrennt nach GKV und Nicht-GKV

In beiden Fällen wird XML als Exportformat verwendet. Da der Aufwand für die Krankenhäuser und deren Softwareanbieter sowie für die anderen am Datenfluss beteiligten Institutionen im Szenario D ungleich größer ist, wird das Szenario B empfohlen.

Das Szenario B ist aufwandsarm und zukunftsgerichtet.

Szenario	Export-Dateien	Format	Beschreibung
B	GKV + Nicht-GKV	XML	Eine XML-Datei für GKV- und Nicht-GKV-Patienten zusammen

Das Szenario B wurde mit folgenden Gruppen / Organisationen abgestimmt:

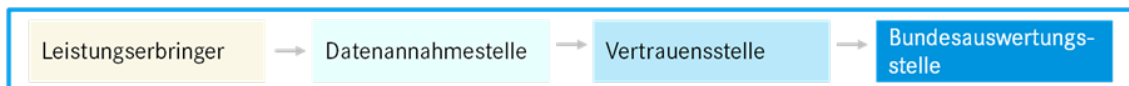
- Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg)
- Softwareanbieter
- Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LOS)
- G-BA Fachausschuss Qualitätssicherung IT + Spezifikation

Anwendungsfälle des Szenario B

Das empfohlene Szenario B sieht vor, auf Seiten der Leistungserbringer eine XML-Datei zu erzeugen. Die praktischen Einsatzmöglichkeiten dieses Lösungsansatzes können wie folgt aussehen:

- Einsatz bei einem PID-Verfahren

Ein PID-Verfahren bezieht sich nur auf GKV-Patienten. Es ist gesetzlich eindeutig geregelt, dass Nicht-GKV-Patienten nicht einbezogen werden dürfen. Daher werden bereits durch den QS-Filter nur GKV-Patienten ausgelöst, dokumentiert und exportiert. PID-Verfahren laufen über die Datenannahmestelle und immer über die Vertrauensstelle zur Bundesauswertungsstelle.



- Einsatz bei einem Nicht-PID-Verfahren

Ein Nicht-PID-Verfahren bezieht sich auf alle Patienten (GKV- und Nicht-GKV-Versicherte). Es werden keine PID-Daten erhoben. Exporte laufen über die Datenannahmestelle direkt zur Bundesauswertungsstelle (ohne Vertrauensstelle).



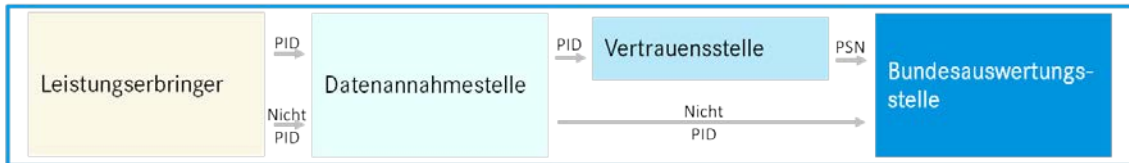
Somit gibt es einen klaren Bezug zwischen einem PID- oder Nicht-PID-Verfahren und der einbezogenen Grundgesamtheit der Patienten und dem Datenfluss. Sollte nun ein Verfahren sowohl PID- als auch Nicht-PID-Daten benötigen, so gibt es diese Varianten¹:

¹ Legende: PID = Patientenidentität, PSN=Patientenpseudonym

- Variante: „Splittung in 2 Verfahren“ (Erfassungsmodule)

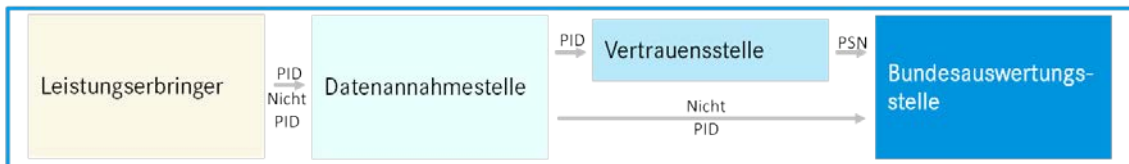
Das Verfahren wird in zwei einzelne Verfahren („PID-Verfahren“ und „Nicht-PID-Verfahren“) aufgeteilt – mit jeweils einer XML-Datei. Damit sind dann wieder die Datenwege und die Datengrundlagen geregelt. Es handelt sich also weiterhin um eine Datei pro Verfahren.

Beispiel: Ein Verfahren *Herzschrittmacher* würde über die Module „PID- Herzschrittmacher“ und „Nicht-PID- Herzschrittmacher“ operationalisiert werden.



- Variante: „Trennung in der Datenannahmestelle“

Alternativ könnte eine Trennung der Daten der Nicht-GKV-Versicherte und GKV-Versicherte in der Datenannahmestelle erfolgen, was jedoch einen zusätzlichen Aufwand in der Datenannahmestelle erzeugen würde.



- Variante: „Durchlauf Vertrauensstelle“

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die vorhandene XML-Datei immer über die Vertrauensstelle laufen zu lassen. Hierfür wäre eine Anpassung der QSKH-RL hinsichtlich der Datenflüsse erforderlich. Es müsste geprüft werden, ob der neue Datenfluss über die Vertrauensstelle (nur Durchlauf, ohne Aktion) in die Richtlinie aufgenommen werden kann.



Vorteile für die Beteiligten im Szenario B

Beteiligte	Vorteile
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Daten müssen nicht in mehreren Einzeldateien exportiert werden (wie im CSV-Verfahren). ▪ Nur eine Datei wird verschlüsselt. ▪ Vereinheitlichung des Exportformats der QS-Daten mit den Daten der strukturierten Qualitätsberichte, die im XML-Format erstellt werden.
Softwareanbieter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Daten müssen nicht in mehrere Einzeldateien exportiert werden (Vereinfachung des Prozesses der Datenexporte). ▪ Nur eine Datei wird verschlüsselt. ▪ Minimale Datensätze müssen nicht mehr als ein Modul exportiert werden. ▪ Die Softwareanbieter bekommen mit jedem Release ein XML-Schema und ein Datenprüfprogramm, womit sie die Daten sowohl in der Testphase als auch im Regelbetrieb testen und prüfen können. ▪ Die Softwareanbieter, die die QS-Dokumentationssoftware für Qesü-Verfahren bereitgestellt haben bzw. bereitstellen werden, müssen nicht zwei Exportformate pflegen. ▪ Weitverbreitetes Standardformat, das sehr flexibel und einfach zu programmieren ist. ▪ Den Softwareanbietern stehen zahlreiche, freiverfügbare und leicht integrierbare XML-Parser zur Verfügung, womit sie die XML-Dateien einfach verarbeiten können (Suchen, Ersetzen, Verschieben, Validieren und Darstellen...).
Datenannahmestellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenannahmestellen, die auch für Qesü-Verfahren einen Datenservice bereitgestellt haben, müssen bei einer Vereinheitlichung der Exportformate nicht zwei Services für zwei Formate zur Verfügung stellen. ▪ Im Regelbetrieb müssen die Datenannahmestellen nicht mehr die Vorgaben der Spezifikation selber umsetzen, weil sie die vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten XML-Schemata und XSLT-Skripte in ihren Datenservices integrieren können. Das bedeutet, dass ein Austausch der beiden Komponenten (Dateien) ausreichend wäre, um die Datenservices der Datenannahmestellen zu updaten (finanzieller und zeitlicher Vorteil). ▪ Wenn die Sollstatistik auf XML umgestellt wird, können die beiden Prozesse (Übermittlung der Sollstatistik und QS-Daten) mit demselben Datenservice abgewickelt werden. ▪ Datenannahmestellen können die LID pseudonymisieren, ohne die gesamte Datei einzulesen (intelligentes Suchen und Ersetzen durch freiverfügbare XML-Parser). ▪ Anders als im CSV-Verfahren werden Prüfergebnisse einzelner Datensätze in derselben eingehenden XML-Datei protokolliert.
Auswertungsstelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit einem Datenservice können alle Prozesse abgewickelt werden. ▪ Nur eine einzige gemeinsame Spezifikation für Qesü- und QSKH-Verfahren wird gepflegt und bereitgestellt.

Vereinfachung und Optimierung der bestehenden Prozesse

Verfahren	Vorteile
Verschlüsselung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Da das XML modular aufgebaut ist (Baumstruktur), können Abschnitte (Knoten) gezielt mit bestimmten öffentlichen Schlüsseln verschlüsselt werden. ▪ Die vorgesehenen Verschlüsselungsverfahren basieren auf 3WC-Standards und können nachimplementiert werden.
Pseudonymisierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pseudonymisierung ist viel einfacher, weil man gezielt auf bestimmte Knoten (LE-Daten) im XML zugreifen und sie durch andere Daten (LE-Pseudonym) ersetzen kann, ohne die gesamte Datei einzulesen. ▪ Ob der Prozess der Pseudonymisierung erfolgreich war, kann durch die Validierung gegen das XML-Schema sichergestellt werden.
Prüfung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mit den gelieferten XML-Schemata können sowohl die gesamte Struktur als auch einzelne Abschnitte (LE-, PI-, QS-Daten...) geprüft werden. ▪ Für die Prüfung gibt es zahlreiche freie Tools, die als eigenständige Programme genutzt oder in das bestehende System integriert werden können. ▪ Für die feldübergreifenden Plausibilitätsprüfungen kann das vom AQUA-Institut zur Verfügung gestellten XSLT-Skript verwendet werden.
Verpackung und Versand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anders als im CSV-Verfahren wird nur eine Datei übermittelt. ▪ Beispiel PCI: Das Modul PCI enthält mindestens einen Teildatensatz (Prozedur), der wiederum ein, zwei (PCI, Koronarangiographie) oder mehrere Teildatensätze enthalten kann. Im CSV-Verfahren exportiert der Leistungserbringer allein für dieses Modul eine CSV-Datei für die Metadaten und pro Teildatensatz eine weitere Datei. Auf mehrere redundante Daten, die für die Verknüpfung der einzelnen Dateien und Teildatensätze nötig sind, wird verzichtet.
Rückprotokollierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Protokollierung der einzelnen Institutionen geschieht nicht in separaten Dateien, sondern mit der ursprünglichen Exportdatei ohne QS-Daten. Die modulare Struktur des XML-Schemas erlaubt es, beliebig viele Prüfungsergebnisse einem Datensatz zuzuordnen. ▪ Durch die Spezifikation aller Fehlerquellen und die entsprechenden Fehlermeldungen, die im CSV-Verfahren nicht spezifizierbar waren, kann der Prozess vom Export bis hin zur Fehleranalyse der Rückprotokolle in der QS-Dokumentationssoftware vollautomatisch ablaufen.
Datenannahme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinfachung der Aktualisierung der Datenannahme durch die Integration der Elemente der Spezifikation (XML-Schema, XSLT-Skript).
Lesbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die XML-Dateien können leicht (z.B. mit XSLT) in andere Formate (HTML, PDF) transformiert werden. ▪ Hier hat das AQUA-Institut den Softwareanbietern und Leistungserbringern ein XSLT-Skript zur Verfügung gestellt, um die Rückprotokolle im Browser anzeigen zu lassen. ▪ Dagegen würde die Umwandlung einer CSV-Datei in ein anderes Format eine explizite Programmierung erfordern.

Empfehlung zur Umsetzung

Mit den Weiterentwicklungen in den Leistungsbereichen *Herzschrittmacher* sowie *Hüft- und Knieendoprothesen* besteht eine Basis, um das in der Qualitätssicherung seit Langem verfolgte Ziel einer Längsschnittbetrachtung durch Zusammenführung von Dokumentationen aus verschiedenen Einrichtungen ab dem Erfassungsjahr 2014 umzusetzen.

Die technische Umsetzung dieser Erhebungen bedingt neue Datenflüsse und Exportformate. Im Rahmen von Vorprojekten (z.B. Follow-up-Testverfahren) wurde hierfür eine Spezifikation entwickelt und erprobt, sodass aus Sicht aller am Prozess beteiligten (Landesstellen, Softwareanbieter, Vertrauensstelle) eine ausreichende Grundlage für Regelbetriebe besteht. Allerdings stellen sich mit einer möglichen Umsetzung der neuen (PID-)Verfahren weitere Fragen:

- Wie können die Erhebung und der Export der bestehenden Leistungsbereiche ohne Erhebung von PID-Daten ab 2014 möglichst sicher und aufwandsarm umgesetzt werden?
- Ist es möglich, die Daten von Nicht-GKV-Versicherten auch im Rahmen der neuen PID-Verfahren weiterhin in die Erhebungen und Auswertungen einzubeziehen?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden verschiedene Szenarien erstellt und mit dem am Prozess beteiligten erörtert. Im Ergebnis sind alle Beteiligten der Auffassung, dass eine einheitliche Spezifikation für alle Leistungsbereiche (Szenario B) die sicherste und aufwandsärmste Art der Umsetzung ist.

Hinsichtlich der Einbeziehung von Nicht-GKV-Versicherten in PID-Verfahren besteht die Auffassung, dass dies unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen nicht möglich ist. Alternative Umsetzungsvarianten (z.B. separate Leistungsbereiche und Exporte für Nicht-GKV-Versicherte) sind rechtlich unsicher, sehr aufwendig und gefährden die Umsetzung der externen stationären Qualitätssicherung möglicherweise insgesamt. Sie werden daher nicht empfohlen. Ohne eine explizite Regelung des Gesetzgebers bleiben Nicht-GKV-Versicherte damit aus den neu entwickelten PID-Verfahren (*Herzschrittmacher* und *Hüft- und Knieendoprothesen*) ausgeschlossen.

Für die bestehenden Leistungsbereiche, ohne Erhebung von PID-Daten, bleibt es dagegen bei der bisherigen Verfahrensweise. Sofern der Gesetzgeber eine neue rechtliche Grundlage schaffen würde, die es erlaubt, Nicht-GKV-Versicherte auch im Rahmen von PID-Verfahren ohne eine schriftliche Einverständniserklärung einzubeziehen, kann dies technisch einfach umgesetzt werden, beispielsweise im Rahmen des turnusmäßig für den Herbst 2013 geplanten Service-Release für die Spezifikation der Datenerfassungen im Jahr 2014.