Ausfüllhinweise Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI)

Stand: 17. Dezember 2021 (QS-Spezifikation 2022 V05)
Copyright © 2021 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Basis (B)

Basisdokumentation

Abrechnungs- und leistungsbezogene Daten

1	Status des Leistungserbringers	1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	Das Datenfeld "Status des Leistungserbringers" dient der Identifikation desjenigen, der den Eingriff durchführt. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen vom Krankenhaus angestellten Arzt, ist Schlüsselwert 1 zu wählen (Ausnahme: werden Leistungen im Rahmen von Ermächtigungen erbracht, ist durch den ermächtigten Arzt Schlüsselwert 2 zu wählen). Hierzu zählen insbesondere Angestellte des Krankenhauses und Honorarärzte (auch Beleghonorarärzte). Hierbei ist unerheblich, in welchem Kontext die Leistung erbracht wird (z.B. §115b ambulantes Operieren, §140 Verträge zur integrierten Versorgung, etc.). Führt der Arzt seine Leistung als Vertragsarzt durch (hierzu zählen auch durch ermächtigte Ärzte erbrachte Leistungen), ist Schlüsselwert 2 zu wählen. Hierbei ist unerheblich, ob die Leistung in der Praxis, im MVZ oder belegärztlich/ermächtigt im Krankenhaus erbracht wird. Handelt es sich bei dem durchführenden Arzt um einen Vertragsarzt, der seine Leistung im Rahmen eines Selektivvertrages (§§73b und 140a SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 3 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich.
2	Art der Leistungserbringung	1 = ambulant erbrachte Leistung 2 = stationär erbrachte Leistung 3 = vorstationär erbrachte Leistung	Eine stationär erbrachte Leistung liegt vor, wenn der Patient im Krankenhaus aufgenommen wird und über Nacht in der Einrichtung bleibt. Der stationäre Aufenthalt weist ein unterschiedliches Aufnahme- und Entlassungsdatum auf. Zu den stationär erbrachten Leistungen zählen auch belegärztliche Leistungen. Eine vorstationäre Behandlung gem. § 115a SGB V liegt vor, falls bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.
wenn Feld 1 = 1			
3	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)	0 = nein, keine Verbringungsleistung 1 = ja, Verbringungsleistung	Bei Verbringung in eine andere Institution hier "ja" eintragen. Eine externe oder interne Verlegung ist keine Verbringungsleistung.

Art der Versicherung

4	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
5	besonderer Personenkreis	-	-

6	besondere Personengruppe	-	-

Patientenidentifizierende Daten

7	eGK-Versichertennummer	-	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Diese Information ist nur für gesetzlich Versicherte relevant. Wenn es sich um einen solchen Fall (gesetzlich versicherter Patient) handelt, muss die Information im QS-Datensatz dokumentiert werden. Sie kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.

Leistungserbringeridentifizierende Daten

Krankenhaus

wenn Feld 1 = 1			
8	Institutionskennzeichen	-	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. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
wenn Feld 1 = 1			
9	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
wenn Feld 1 = 1			
10	behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)	-	Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird. Bei Verbringungsleistungen ist der Standort anzugeben, welcher die verbrachte Leistung abrechnet. Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.
wenn Feld 2 IN (2;3) und wenn Feld 1 = 1			
11	Fachabteilung	-	Hier ist die bettenführende Fachabteilung einzutragen, der der Patient zugeordnet ist, während die Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wird (also nicht die Fachabteilung, in der das Herzkatheterlabor liegt).

Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ

wenn Feld 1 IN (2;3)			
12	Betriebsstättennummer ambulant	-	Die von der KV vergebene "Betriebsstättennummer (BSNR)" identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute,

			Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzten. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
13	Nebenbetriebsstättennummer	-	Hier ist für Belegärzte die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.

Patient

14	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
15	Geburtsdatum	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
16	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	-
wenn Feld 2 IN (2;3)			
17	Aufnahmedatum (stationär)	**Format:** TT.MM.JJJJ	**Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung** Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das **Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes** und das **Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes** zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022.

Anamnese

18	Zustand nach koronarer Bypass-OP	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten kann der Schlüsselwert 9 = unbekannt kodiert werden.
19	Ejektionsfraktion unter 40%	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	Nach Messung oder Einschätzung (z.B. Echokardiographie, Ventrikulographie, Szintigraphie). Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes/Behandlungstages erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Wert (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
20.1	Körpergröße	**Angabe in:** cm **Gültige Angabe:** 50 - 270 cm **Angabe ohne Warnung:** 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben, ggf. geschätzt.
20.2	Körpergröße unbekannt	1 = ja	-
21.1	Körpergewicht	**Angabe in:** kg **Gültige Angabe:** 1 - 500 kg **Angabe ohne Warnung:** 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten zum Zeitpunkt der Prozedur in Kilogramm angeben, ggf. geschätzt. Gerundet auf volle kg.
21.2	Körpergewicht unbekannt	1 = ja	-
Zeile	**Bezeichnung**	**Allgemeiner Hinweis**	**Ausfüllhinweis**

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedur

22	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?	**Gültige Angabe:** >= 1 **Angabe ohne Warnung:** <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Verfahren darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

23	Datum der Prozedur	**Format:** TT.MM.JJJJ	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.

Kardiale Anamnese (vor Prozedur)

24	akutes Koronarsyndrom	0 = nein 1 = ja	Zu kodieren ist der Auslöser dieser Prozedur bzw. die Symptomatik am Prozedurtag. Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CKMB
wenn Feld 24 = 1			
25	Reanimation im Rahmen des akuten Koronarsyndroms	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 24 = 0			
26	Angina pectoris	0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) 4 = atypische Angina pectoris	Wenn anamnestisch sowohl das akute Koronarsyndrom als auch die Angina pectoris zutrifft, so ist nur das akute Koronarsyndrom anzugeben.
27	objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 9 = unbekannt	Das Datenfeld bezieht sich auf nicht-invasive Tests vor der Herzkatheteruntersuchung. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Sofern diese nicht vorliegen, kann auf zeitlich nahe liegende (auch ambulante) Vorbefunde zurückgegriffen werden.
wenn Feld 27 IN (1;2)			
28	zur Prozedur führende Art der objektiven (apparativen) nicht-invasiven Vordiagnostik	1 = Ruhe-EKG 2 = Ruhe-Echokardiographie 3 = Belastungs-EKG 4 = Stress-Echokardiographie 5 = nicht-invasive radiologische und nuklearmedizinische Verfahren zum Nachweis einer Ischämie oder Darstellung der Koronaranatomie 8 = sonstiges	Wurden mehrere objektive (apparative) nicht-invasive Voruntersuchungen durchgeführt, geben Sie den Befund an, der für die Indikationsstellung zur Prozedur überwiegend maßgeblich war. Schlüssel „nicht-invasise radiologische und nuklearmedizinische Verfahren zum Nachweis einer Ischämie oder Darstellung der Koronaranatomie“ beinhaltet dabei folgende Untersuchung: Stress-MRT, Koronare CT-Angiographie, SPECT-Myokardszintigraphie oder PET. Hinweis: Die CT-Angiographie ist lediglich im stationären Sektor Teil der GKV-Regelversorgung, im vertragsärztlichen Sektor wird sie hingegen nicht vergütet.

Weitere Prozedurangaben

29	Herzinsuffizienz (nach NYHA)	0 = nein 1 = ja, NYHA I 2 = ja, NYHA II 3 = ja, NYHA III 4 = ja, NYHA IV	Zum Zeitpunkt der Behandlung (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung); das Krankheitsbild der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist nicht hierunter zu subsumieren.
wenn Feld 29 = 4			
30	kardiogener Schock	0 = nein 1 = ja, bei Prozedurbeginn stabilisiert 2 = ja, bei Prozedurbeginn hämodynamisch instabil	Die Diagnose des kardiogenen Schocks erfolgt nach klinischer Einschätzung des Kardiologen entsprechend der KILLIP-Klassifikation (DeGeare et al. 2001). Ein kardiogener Schock beinhaltet neben klinischen Zeichen der Hypoperfusion (1) einen systolischen Blutdruck < 100 mmHg bei einer Herzfrequenz > 100 /Min oder (2) eine Katecholaminpflichtigkeit.
31	Art der Prozedur	1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	3: einzeitige Koronarangiographie und PCI (auch Einzeitig PCI genannt) ist die im Rahmen einer Sitzung stattfindende Koronarangiographie mit direkt anschließender PCI.
wenn Feld 1 IN (2;3) oder wenn Feld 2 = 1			
32	Gebührenordnungsposition (GOP)	1 = 34291 2 = 34291 und 34292 *EBM-Katalog http://www.kbv.de /html/ebm.php*	-
33	Dringlichkeit der Prozedur	1 = elektiv 2 = dringend 3 = notfallmäßig	“elektiv“: Eine Prozedur bei der zwischen Planung und Aufnahme in der Einrichtung mehr als 72 Stunden liegen können. “dringend“: Eine Prozedur, bei der kein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt, die jedoch innerhalb der nächsten 72 Stunden durchgeführt werden sollte. “notfallmäßig“: Eine Prozedur, die innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt werden muss, da ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt. Bei Patienten, deren Symptome erstmals innerhalb der

			Einrichtung aufgetreten sind, ist der Zeitraum vom Auftreten der Symptome bis zum Prozedurbeginn entscheidend.
34.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	**Angabe in:** mg/dl **Gültige Angabe:** >= 0 mg/dl **Angabe ohne Warnung:** 0,2 - 12 mg/dl	Letzter bekannter Serum-Kreatininwert vor aktueller Koronarangiographie und/oder PCI. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes bzw. Behandlungsfalles erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.
34.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	**Angabe in:** µmol/l **Gültige Angabe:** >= 0 µmol/l **Angabe ohne Warnung:** 18 - 1060 µmol/l	Letzter bekannter Serum-Kreatininwert vor aktueller Koronarangiographie und/oder PCI. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes bzw. Behandlungsfalles erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.
34.3	Kreatininwert i.S. unbekannt	1 = ja	Letzter bekannter Serum-Kreatininwert vor aktueller Koronarangiographie. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes bzw. Behandlungsfalles erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.
wenn Feld 33 IN (1;2)			
35	Dialysepflicht	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	-
wenn Feld 31 IN (2;3) und wenn Feld 33 = 3			
36	Fibrinolyse vor der Prozedur	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Hierunter fallen alle Substanzen, die durch Aktivierung des fibrinolytischen Systems eine Thrombolyse ermöglichen.
Zeile	**Bezeichnung**	**Allgemeiner Hinweis**	**Ausfüllhinweis**

Teildatensatz Koronarangiographie (KORO)

Koronarangiographie

37	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?	**Gültige Angabe:** >= 1 **Angabe ohne Warnung:** <= 10	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen Koronaranigographien während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls zu unterscheiden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
38	führende Indikation für diese Koronarangiographie	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Verdacht auf Progression der bekannten KHK 3 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 5 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 6 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltenden Beschwerden) 7 = elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium bzw. Endokarditis 10 = Komplikation nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 99 = sonstige	Nach Einschätzung des Untersuchers vor dieser Koronarangiographie; 9: Vitium z.B. im Rahmen einer präoperativen Diagnostik.
39	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.

40	führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = KHK mit Lumeneinengung größer als 50% (ohne Berücksichtigung von Bypass-Grafts) 3 = Kardiomyopathie 4 = Herzklappenvitium 5 = Aortenaneurysma 6 = hypertensive Herzerkrankung 9 = andere kardiale Erkrankung	Die führende Diagnose ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet Zu 2: Zu berücksichtigen ist hier jedes Herzkranzgefäß mit signifikanter Stenose (auch anamnestisch) unabhängig von einer ggf. funktionierenden Revaskularisation durch Stent oder Bypass. Sollte der Eingriff abgebrochen worden sein, so ist das Ergebnis der bis zum Abbruch erbrachten Leistung zu dokumentieren. Sollte überhaupt keine diagnostische Aussage möglich sein, nutzen Sie bitte Schlüssel „andere kardiale Erkrankung“.
Zeile	**Bezeichnung**	**Allgemeiner Hinweis**	**Ausfüllhinweis**

Teildatensatz PCI (PCI)

PCI

41	Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant)?	**Gültige Angabe:** >= 1 **Angabe ohne Warnung:** <= 10	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen PCIs während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls zu unterscheiden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
42	Indikation zur PCI	1 = stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = akutes Koronarsyndrom (Ruheangina) ohne Myokardinfarkt (ohne STEMI, ohne NSTEMI) 3 = akutes Koronarsyndrom mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) 4 = akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (bis zu 12 h nach Symptombeginn oder anhaltende Beschwerden) 5 = subakutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt (STEMI) (mehr als 12 h nach Symptombeginn und keine anhaltende Beschwerden) 6 = prognostische Indikation oder stumme Ischämie 7 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI 9 = sonstige	Unter prognostischer Indikation wird die Durchführung einer PCI ohne klinische oder apparative Ischämiezeichen verstanden.
wenn Feld 42 IN (4;5)			
43	Ist STEMI Hauptdiagnose?	0 = nein 1 = ja	Der Status der Hauptdiagnose bezieht sich auf die Dokumentation nach §301. Dieses Datenfeld dient der Abgrenzung eines STEMI, der erst während des Krankenhausaufenthalts entstanden ist, von Fällen, die wegen STEMI aufgenommen wurden.
44	Operationen- und Prozedurenschlüssel	-	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2023 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.

PCI an

45.1	PCI an Hauptstamm	1 = ja	Stenosen, bei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
45.2	PCI an LAD	1 = ja	Stenosen, bei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
45.3	PCI an RCX	1 = ja	Stenosen, bei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
45.4	PCI an RCA	1 = ja	Stenosen, bei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!

PCI Merkmale

46	PCI mit besonderen Merkmalen	0 = nein 1 = ja	Wenn eines der Merkmale der folgenden Felder vorliegt, ist „ja“ anzugeben.
wenn Feld 46 = 1			
47.1	PCI am kompletten Gefäßverschluss	1 = ja	Ist dann gegeben, wenn TIMI-Fluss 0, d.h. kein Kontrastmitteldurchtritt.
47.2	PCI eines Koronarbypasses	1 = ja	-
47.3	PCI am ungeschützten Hauptstamm	1 = ja	Ein nicht durch ein offenes Bypass-Gefäß überbrückter Hauptstamm.
47.4	PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	1 = ja	-

47.5	PCI am letzten verbliebenen Gefäß	1 = ja	Das letzte native oder Bypass-Gefäß, welches das vitale Myocard versorgt.
47.6	PCI an einer In-Stent Stenose	1 = ja	-
47.7	PCI an einer Bifurkationsstenose	1 = ja	Nur dann als besonderes Merkmal angeben, wenn es sich um eine Stentimplantation und/oder eine Ballondilatation in beiden Ästen handelt.
47.8	sonstiges	1 = ja	-

Wesentliches Interventionsziel

wenn Feld 42 IN (1;2;6;7;9)			
48	wesentliches Interventionsziel erreicht	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	"1 = ja", bedeutet, dass der normale Koronarfluss wieder hergestellt ist.
wenn Feld 42 IN (3;4;5)			
49	erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß	0 = TIMI 0 1 = TIMI I 2 = TIMI II 3 = TIMI III	Dieses Datenfeld muss nur bei ACS mit ST-Hebungsinfarkt oder mit Nicht-ST-Hebungsinfarkt und PCI erfasst werden. Bei allen anderen PCIs erfolgt die Dokumentation, ob das wesentliche Interventionsziel erreicht wurde, über das Feld "wesentliches Interventionsziel erreicht". Die „Thrombolyis in myocardial Infarction" (TIMI)-Klassifikation beschreibt den Koronarfluss im Umfeld eines Gefäßverschlusses (Cannon 2001). - TIMI-Fluss 0 – kein antegrader Fluss distal des Verschlusses - TIMI-Fluss I – Kontrastmittel lässt sich distal darstellen, füllt jedoch nicht das gesamte Gefäßbett - TIMI-Fluss II – Kontrastmittel füllt distal das gesamte Gefässbett aus, An- und Abstrom sind jedoch verzögert - TIMI-Fluss III – normaler Fluss

Door- und Balloon-Zeitpunkt

wenn Feld 43 = 1			
50	Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?	0 = nein 1 = ja	Sollte einer der zwei Zeitpunkte nicht bekannt sein, ist 0 = "nein" einzutragen.
wenn Feld 50 = 1			
51	Door-Zeitpunkt (Datum)	**Format:** TT.MM.JJJJ	Als Door-Zeitpunkt gilt die Übergabezeit aus dem Notarzt-/Rettungswagenprotokoll. Werden Herzinfarktpatienten nicht über den Notarzt-/Rettungswagen aufgenommen, ist das administrative Aufnahmedatum als "Door-Zeitpunkt" zu erfassen. Es sollen das Datum und die Uhrzeit angegeben werden.
52	Door-Zeitpunkt (Uhrzeit)	**Format:** hh:mm	Als Door-Zeitpunkt gilt die Übergabezeit aus dem Notarzt-/Rettungswagenprotokoll. Werden Herzinfarktpatienten nicht über den Notarzt-/Rettungswagen aufgenommen, ist die administrative Aufnahmeuhrzeit als "Door-Zeitpunkt" zu erfassen. Es sollen das Datum und die Uhrzeit angegeben werden.
53	Balloon-Zeitpunkt (Datum)	**Format:** TT.MM.JJJJ	Als Balloon-Zeitpunkt gilt die Zeit des Aufblasens des Dilatationskatheters in dem Koronarverschluss, der zum Herzinfarkt geführt hat.
54	Balloon-Zeitpunkt (Uhrzeit)	**Format:** hh:mm	Als Balloon-Zeitpunkt gilt die Zeit des Aufblasens des Dilatationskatheters in dem Koronarverschluss, der zum Herzinfarkt geführt hat.
Zeile	**Bezeichnung**	**Allgemeiner Hinweis**	**Ausfüllhinweis**

Teildatensatz Prozedur (PROZ)

Prozedurdaten

55	Dosis-Flächen-Produkt bekannt	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 55 = 1			
56	Dosis-Flächen-Produkt	**Angabe in:** (cGy)* cm^2 **Gültige Angabe:** >= 0 (cGy)* cm^2 **Angabe ohne Warnung:** 100 - 30000 (cGy)* cm^2	- inklusive Koronarangiografie, Lävokardiografie, Aortografie, intrakoronare Druck(draht)messung (FFR - Fraktionelle Flussreserve), intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße (IVUS) - exklusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraaortalen Gefäße

57	applizierte Kontrastmittelmenge	**Angabe in:** ml **Gültige Angabe:** >= 1 ml **Angabe ohne Warnung:** 10 - 500 ml	• inklusive Koronarangiografie, Lävokardiografie, Aortografie, intrakoronare Druck(draht)messung (FFR - Fraktionelle Flussreserve), intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße (IVUS) • exklusive Myokardbiopsie, Rechtsherzkatheteruntersuchung, Nierenarteriendarstellung, Pulmonalisangiografie, Darstellung der deszendierenden Aorta, Becken und Beingefäße und supraaortalen Gefäße

Ereignisse während der Prozedur

58	intraprozedural auftretende Ereignisse	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 58 = 1			
59.1	koronarer Verschluss	1 = ja	-
59.2	TIA/Schlaganfall	1 = ja	-
59.3	Exitus im Herzkatheterlabor	1 = ja	-
59.4	sonstige	1 = ja	-
Zeile	**Bezeichnung**	**Allgemeiner Hinweis**	**Ausfüllhinweis**

Teildatensatz Basis (B)

Postprozeduraler Verlauf

60	postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt	0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	Sofern bei Infarktverdacht eine ST-Hebung im EKG oder Markererhöhung im Labor vorliegt (Markererhöhung = mindestens einer der Marker Troponin, CKMB) oder ein Koronarverschluss angiographisch festgestellt wird. Falls die Herzkatheteruntersuchung bei akutem Infarkt durchgeführt wird gilt: V. a. erneuten Infarkt und zweiter Anstieg der Marker
wenn Feld 60 IN (1;2)			
61	Datum des postprozedural neu aufgetretenen Herzinfarkts	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
62	postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall	0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	Jedes postprozedural neu aufgetretene neurologische Defizit z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese Bei den Antwortmöglichkeiten 1 oder 2 wird jeweils das als erstes vorliegende Ereignis kodiert.
wenn Feld 62 IN (1;2)			
63	Datum der/des postprozedural neu aufgetretenen TIA/Schlaganfalls	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
64	postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation aufgrund von Komplikationen bei einer Koronarangiographie oder PCI	0 = nein 1 = ja	Notfall-CABG ist definiert als notfallmäßig durchgeführte Bypass-Operation innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheteruntersuchung
wenn Feld 64 = 1			
65	Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall-CABG-Operation	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
66	postprozedurale Transfusion	0 = nein 1 = ja	Alle intravenösen Infusionen in Form von Blutbestandteilen (inkl. Eigenblut). Die Differenzierung wann die Komplikation aufgetreten ist, ist von besonderer Bedeutung für die Auswertung bzw. die Berechnung der Qualitätsindikatoren
wenn Feld 66 = 1			
67	Datum der postprozeduralen Transfusion	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
68	postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah)	0 = nein 1 = ja	Mit der Gefäßthrombose sind venöse Gefäßverschlüsse gemeint. Arterielle Verschlüsse werden nicht über die QS-Dokumentation in den Einrichtungen erfasst, sondern über die Routinedaten bei den Krankenkassen.
wenn Feld 68 = 1			
69	Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah)	**Format:** TT.MM.JJJJ	-

Entlassung

wenn Feld 1 IN (1;2) und wenn Feld 2 IN (2;3)

70	Entlassungsdatum	**Format:** TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das **Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes** und das **Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes** zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022
71	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Verfahren der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2023 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2022 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2022 aufgenommen worden ist.