

Stand: November 2015

V06

	Auslösekriterien wurden grundlegend für die Anpassung an die Qesü überarbeitet.		
QS-Datensatz 2015 21/3	QS-Datensatz 2016 PCI		
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2015	Änderung/Ergänzung	Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Basisdokumentation			
	neu 2016 1=Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	1 (Status des Leistungserbringers)	NEU: 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 Belegonorarärzte). 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 (§73c SGB V) erbringt, ist Schlüsselwert 3 zu wählen. Diese zusätzliche Kategorie ist aufgrund eines abweichenden Datenflusses erforderlich. 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.
	neu 2016 1 = ambulant erbrachte Leistung 2 = stationär erbrachte Leistung 3 = vorstationär erbrachte Leistung	2 (Art des Leistungserbringung)	NEU: Eine vorstationäre Behandlung gem. § 115b 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.
	Schlüsseländerung: 0 = nein, keine Verbringungsleistung 1 = ja, Verbringungsleistung	3 (VERBRINGUNGSLEISTUNG (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch))	Anpassung: Bei Verbringung in eine andere Institution hier "ja" eintragen. Eine Verbringungsleistung liegt nicht vor, sofern durchführender und entlassender Standort identisch sind.
		Art der Versicherung	
	neu 2016	4 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	NEU: Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
		Patientenidentifizierende Daten	
	neu 2016	5 (eGK-Versichertennummer)	NEU: Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntG 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 Krankenhaus-Informationssystem (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	

1 (Institutionskennzeichen)	=	6 (Institutionskennzeichen)	
2 (Entlassender Standort)	redaktionelle Änderung	7 (entlassender Standort)	redaktionelle Anpassung
3 (Betriebsstätten-Nummer)	entfällt		
4 (Aufnahmedatum KH)	verlegt (Feld 15)		
5 (Fachabteilung nach § 301)	=	8 (Fachabteilung nach § 301)	redaktionelle Anpassung
6 (VERBRINGUNGSLEISTUNG (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch))	verlegt (Feld 3)		
		Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ	
	neu	9 (Betriebsstättennummer ambulant)	NEU
	neu	10 (Nebenbetriebsstättennummer)	NEU
	neu	11 (Lebenslange Arztnummer)	NEU
		Patient	
7 (Pat.-ID)	inhaltliche Änderung	12 (einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten)	
8 (Geburtsdatum)	=	13 (Geburtsdatum)	
9 (Geschlecht)	=	14 (Geschlecht)	
	inhaltliche Änderung	15 (Aufnahmedatum (stationär))	
		Anamnese	
10 (Diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt)	entfällt		
11 (Katheterintervention vor diesem Aufenthalt)	entfällt		
12 (Zustand nach koronarer Bypass-Op)	redaktionelle Änderung	16 (Zustand nach koronarer Bypass-OP)	
13 (Ejektionsfraktion unter 40%)	=	17 (Ejektionsfraktion unter 40%)	
14 (Diabetes mellitus)	entfällt		
15 (Niereninsuffizienz)	entfällt		
Aktuelle kardiale Anamnese (vor der ersten Prozedur)		Kardiale Anamnese (vor Prozedur)	
16 (Akutes Koronarsyndrom (ST)-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	redaktionelle Änderung	18 (Akutes Koronarsyndrom (ST)-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	
17 (Stabile Angina pectoris (nach CCS))	=	19 (Stabile Angina pectoris (nach CCS))	NEU: Wenn anamnestisch sowohl das akute Koronarsyndrom als auch die Angina pectoris zutrifft, so ist nur das akute Koronarsyndrom anzugeben.
18 (Objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere nicht-invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung))	inhaltliche Änderung	20 (Objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung) (Belastungs-EKG oder andere nicht-invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung))	Angepasst: Das Datenfeld bezieht sich nur auf nicht-invasiven Tests vor der Herzkatheteruntersuchung. Andere Tests sind z.B. Stress-Echo, Stress-MRT, Myokardszintigraphie. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Sofern diese nicht vorliegen, kann auf zeitlich nahe liegende (auch ambulante) Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der ersten Prozedur am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Herzkatheter) zu verwenden.
Prozedur			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
19 (wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?)	inhaltliche Änderung	21 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. während dieses Behandlungstages (ambulant)?)	
20 (Datum der Prozedur)	=	22 (Datum der Prozedur)	
21 (Herzinsuffizienz (nach NYHA))	=	23 (Herzinsuffizienz (nach NYHA))	Angepasst: zum Zeitpunkt der Behandlung (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung); das Krankheitsbild der COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) ist nicht hierunter zu subsumieren.
wenn Feld 21 = 4 22 (kardiogener Schock)	=	wenn Feld 23 = 4 24 (kardiogener Schock)	NEU: Die Diagnose des kardiogenen Schocks erfolgt nach klinischer Einschätzung des Kardiologen entsprechend der KILLIP-Klassifikation (DeGare 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.
23 (Art der Prozedur)	Schlüsseländerung: 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	25 (Art der Prozedur)	NEU: zu 3 = einzeitige Koronarangiographie und PCI (auch Einzeitig PCI genannt) ist die im Rahmen einer Sitzung stattfindende Koronarangiographie mit direkt anschließender PCI.
	neu	26 (Gebührenordnungsposition (GOP))	
24 (Dringlichkeit der Prozedur)	=	27 (Dringlichkeit der Prozedur)	redaktionelle Anpassung

	neu	28 (Fibrinolyse vor der Prozedur)	Angepasst: Hierunter fallen alle Substanzen, die durch Aktivierung des fibrinolytischen Systems eine Thrombolyse ermöglichen. Dieses Feld wird erhoben, da es ein Ausschlusskriterium für den Indikator P028a_1 "Door-to-Balloon"-Zeit - PCI bei STEMI ist.
25 (Nierenfunktion gemessen)	=	29 (Nierenfunktion gemessen)	
Koronarangiographie			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
26 (wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?)	redaktionelle Änderung	30 (Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?)	Neu: Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen Koronarangiographien während eines Aufenthaltes zu unterscheiden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
27 (Führende Indikation zur Koronarangiographie)	redaktionelle Änderung und Schlüsseländerung (Präzisierung)	31 (Führende Indikation für diese Koronarangiographie)	
28 (Operation)	inhaltliche Änderung	32 (Operationen- und Prozedurenschlüssel)	
29 (Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter)	=	33 (Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter)	
30 (Therapieempfehlung bezüglich des Koronarbefundes/der KHK nach diagnostischem Herzkatheter)	entfällt		
PCI			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
31 (wievielte PCI während dieses Aufenthaltes)	redaktionelle Änderung	34 (Wievielte PCI während dieses Aufenthaltes)	Neu: Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen PCI während eines Aufenthaltes zu unterscheiden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
32 (Indikation zur PCI)	Schlüsseländerung: Präzisierung und neu ist "7 = Komplikationen bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PCI"	35 (Indikation zur PCI)	
wenn Feld 32=(4;5) 33 (Ist STEMI Hauptdiagnose?)	=	wenn Feld 35 IN (4;5) 36 (Ist STEMI Hauptdiagnose?)	NEU: 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.
wenn Feld 33=1 (ja) 34 (Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?)	verlegt		
35 (Door-Zeitpunkt (Datum))	verlegt		
36 (Door-Zeitpunkt (Uhrzeit))	verlegt		
37 (Balloon Zeitpunkt (Datum))	verlegt		
38 (Balloon Zeitpunkt (Uhrzeit))	verlegt		
wenn Feld 32 in (4;5)	entfällt		
39 (Fibrinolyse vor der Prozedur)			
40 (Operation)	inhaltliche Änderung	37 (Operationen- und Prozedurenschlüssel)	
PCI an			
41 (PCI an Hauptstamm)	=	38 (PCI an Hauptstamm)	NEU: Stenosen, anbei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
42 (PCI an LAD)	=	39 (PCI an LAD)	NEU: Stenosen, anbei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
43 (PCI an RCX)	=	40 (PCI an RCX)	NEU: Stenosen, anbei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
44 (PCI an RCA)	=	41 (PCI an RCA)	NEU: Stenosen, anbei denen NICHT interveniert wurde, sind bei dieser Angabe nicht zu berücksichtigen!
PCI Merkmale			
45 (PCI mit besonderen Merkmalen)	=	42 (PCI mit besonderen Merkmalen)	Ergänzt: D.h. eines der Merkmale des Feldes "besonderes Merkmal" muss vorliegen.
46 (besonderes Merkmal)	=	43 (besonderes Merkmal)	NEU: zu 1: ist dann gegeben, wenn TIMI Fluss 0, d.h. kein Kontrastmitteldurchtritt zu 3: ein nicht durch ein offenes Bypass-Gefäß überbrückter Hauptstamm zu 5: das letzte native oder Bypass-Gefäß, welches das vitale Myocard versorgt.
47 (Stent(s) implantiert)	entfällt		
Wesentliches Interventionsziel			
wenn Feld 32 in (1,2,6,9) 48 (Wesentliches Interventionsziel erreicht)	=	wenn Feld 35 in (1,2,6,7,9) 44 (Wesentliches Interventionsziel erreicht)	
wenn Feld 32 in (3,4,5) 49 (Wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI/NSTEMI (nach TIMI))	=	wenn Feld 35 in (3,4,5) 45 (Wesentliches Interventionsziel erreicht PCI bei STEMI/NSTEMI (nach TIMI))	Ergänzt: 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".

	=	Door-und Balloon-Zeitpunkt wenn Feld 36=1 (ja) 46 (Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?)	NEU: Sollte einer der zwei Zeitpunkte nicht bekannt sein, ist 0 = "nein" einzutragen.
	=	wenn Feld 46=1 (47-50) 47 (Door-Zeitpunkt (Datum))	
	=	48 (Door-Zeitpunkt (Uhrzeit))	
	=	49 (Balloon Zeitpunkt (Datum))	
	=	50 (Balloon Zeitpunkt (Uhrzeit))	
Prozedur			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Prozedurdaten			
50 (Flächendosisprodukt bekannt) wenn Feld 50 = 1	=	51 (Flächendosisprodukt bekannt) wenn Feld 51 = 1	
51 (Flächendosisprodukt)	=	52 (Flächendosisprodukt)	
52 (Applizierte Kontrastmittelmenge)	=	53 (Applizierte Kontrastmittelmenge)	
Ereignisse während der Prozedur			
53 (Intraprozedural auftretende Ereignisse)	=	54 (Intraprozedural auftretende Ereignisse)	
54 (koronarer Verschluss)	=	55 (koronarer Verschluss)	
55 (TIA/Schlaganfall)	=	56 (TIA/Schlaganfall)	
56 (Exitus im Herzkatheterlabor)	=	57 (Exitus im Herzkatheterlabor)	
57 (Sonstige)	=	58 (Sonstige)	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Verlauf		Postprozeduraler Verlauf	
wenn (Feld 54 = 1 oder Feld 55 = 1 oder Feld 57 = 1) dann Felder (58 bis 62)	Bedingung redaktionell geändert	wenn (Feld 55 = 1 oder Feld 56 = 1 oder Feld 58 = 1) dann Felder (59 bis 68)	
58 (Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt) Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur 2 = ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	ersetzt		
	neuer Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	59 (Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt)	Angepasst: 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
	neu	60 (Datum des postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkts)	
59 (Postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall) Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur 2 = ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	ersetzt		
	neuer Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	61 (Postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall)	Angepasst: 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.
	neu	62 (Datum der/des postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfalls)	
60 (Postprozedurale Notfall-PCI am selben Gefäß)	entfällt		
61 (Postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation) Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur 2 = ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	ersetzt		
	neuer Schlüssel: 0 = nein 1 = ja	63 (Postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	Angepasst: Notfall-CABG ist definiert als notfallmäßig durchgeführte Bypass-Operation innerhalb von 24 Stunden nach Herzkatheteruntersuchung

	neu	64 (Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	
62 (Schwere therapiebedürftige Blutung an der Punktionsstelle) Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der letzten Prozedur 2 = ja, mehr als 36 Stunden nach der letzten Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	entfällt		
63 (Therapie der Blutung an der Punktionsstelle)	teils ersetzt		
	neu	65 (postprozedurale Transfusion)	NEU: 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
	neu	66 (Datum der postprozeduralen Transfusion)	
64 (Gefäßthrombose (punktionsnah)) Schlüssel: 0 = nein 1 = ja, bis 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur 2 = ja, mehr als 36 Stunden nach der vorausgegangenen Prozedur (bis zur Entlassung aus dem Krhs)	inhaltliche Änderung und Schlüsseländerung: 0 = nein 1 = ja	67 (Postprozedurale Gefäßthrombose (punktionsnah))	NEU: 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.
	neu	68 (Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktionsnah))	
65 (Aneurysma spurium mit erneuter Kompression (punktionsnah))	entfällt		
66 (Sonstige postprozedural festgestellte Ereignisse, z.B. Sepsis)	entfällt		
67 (Tod (jeder Todesfall unabhängig von der Ursache))	entfällt		
Entlassung			
68 (Lag der Patient in der Herzchirurgie oder wurde er elektiv dorthin verlegt/überwiesen?)	entfällt		
69 (Entlassungsdatum Krankenhaus)	inhaltliche Änderung	69 (Entlassungsdatum (stationär))	
70 (Entlassungsgrund)	entfällt		
71 (Entlassungsdiagnose(n) (stationär) ICD-10-GM)	inhaltliche Änderung	70 (Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ICD-10-GM)	