

Stand: Dezember 2016

V04

Auslösekriterien		<p>Änderungen der Auslösekriterien: Erweiterung der Ausschlusskriterien "Extrakorporaler Gasaustausch ohne und mit Herzunterstützung und Prä-ECMO-Therapie: Veno-venöse extrakorporale Membranoxygenation (ECMO) ohne Herzunterstützung" um "Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden", "Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden", "Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden", "Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden" (OPS 8-852.0b, 8-852.0c, 8-852.0d, 8-852.0e)</p> <p>Das Ziel dieses Leistungsbereiches ist die Gewährleistung einer angemessenen Indikationsstellung und einer hohen Qualität der operativen oder interventionellen Behandlung von Stenosen der Arteria carotis. Neben der Stenose mit oder ohne akuten Schlaganfall gibt es andere Indikationsstellungen für die Karotis, die nicht zur Zielgruppe dieses QS-Verfahrens gehören (z.B. ein tumorbedingter Einbruch in die Arteria carotis). In diesen Fällen können manche Datenfelder nicht sinnvoll ausgefüllt werden. Sollten solche anderen Indikationen über den QS-Filter zu einer Auslösung der Dokumentationspflicht führen, wird empfohlen, nur einen Minimaldatensatz anzulegen.</p>	
QS-Datensatz 2016		QS-Datensatz 2017	
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2016	Änderung/Ergänzung	Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
BASIS			
<i>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
Basisdokumentation			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	
2 (entlassender Standort)	=	2 (entlassender Standort)	.. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit für die Qualitätsberichte der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen Krankenhäuser verwendet wird.
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	3 (Betriebsstätten-Nummer)	
4 (Fachabteilung nach § 301)	Schlüssel geringfügig redaktionell geändert	4 (Fachabteilung nach § 301)	
5 (Pat.-ID)	=	5 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	6 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	Schlüsseländerung: 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt	7 (Geschlecht)	
8 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	=	8 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	
Klinische Diagnostik			
9 (Karotisläsion rechts)	=	9 (Karotisläsion rechts)	Es wird nach dem Vorhandensein einer zerebralen oder okulären Symptomatik bzw. dem Nichtvorhandensein einer Symptomatik (= asymptomatisch) der rechten Karotisläsion gefragt, nicht danach, ob der Patient insgesamt (z. B. auf der kontralateralen Hemisphäre) symptomatisch war. Eine asymptomatische Karotisläsion ("1 = ja") liegt vor, wenn kein fokales neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate neu aufgetreten ist. Ereignisse, die länger als sechs Monate zurückliegen, und deren Residuen zählen auch zu den asymptomatischen Karotisläsionen.
<p>Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokales neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</p> <p>Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokales neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</p>		<p>Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokales neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</p> <p>Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokales neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate</p>	
10 (Symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv))	=	10 (Symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv))	Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. Schlüssel: 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5
11 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	=	11 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	
12 (Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall))	=	12 (Symptomatische Karotisläsion rechts (Notfall))	An dieser Stelle sind diejenigen Ereignisse anzugeben, die einer Läsion der rechten Karotis zuzuordnen sind: 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokales neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall: Bei einem akuten Schlaganfall handelt es sich um ein plötzlich einsetzendes neurologisches Defizit mit Hemiplegie, Hemiparese, Aphasie, Blickwendung und ggf. einsetzenden Bewusstseinsstörungen. Beim progredienten ischämischen Schlaganfall ("Stroke-in-evolution" oder "progressive-stroke") handelt es sich um ein akut einsetzendes neurologisches Defizit wechselnden Schweregrades mit innerhalb von Stunden oder Tagen einsetzender schrittweiser Verschlechterung. Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. 9 = sonstige

13 (Karotisläsion links Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate)	=	13 (Karotisläsion links Asymptomatisch: Kein neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate Symptomatisch: Neu aufgetretenes fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate)	Es wird nach dem Vorhandensein einer zerebralen oder okulären Symptomatik bzw. dem Nichtvorhandensein einer Symptomatik (=asymptomatik) der linken Karotisläsion gefragt, nicht danach, ob der Patient insgesamt (z.B. auf der kontralateralen Hemisphäre) symptomatisch war. Eine asymptomatische Karotisläsion ("1 = ja") liegt vor, wenn kein fokal-neurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate neu aufgetreten ist. Ereignisse, die länger als sechs Monate zurückliegen, und deren Residuen zählen auch zu den asymptomatischen Karotisläsionen.
14 (Symptomatische Karotisläsion links (elektiv))	=	14 (Symptomatische Karotisläsion links (elektiv))	Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. Schlüsseländerung: 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5
15 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	=	15 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	
16 (Symptomatische Karotisläsion links (Notfall))	=	16 (Symptomatische Karotisläsion links (Notfall))	An dieser Stelle sind diejenigen Ereignisse anzugeben, die einer Läsion der linken Karotis zuzuordnen sind: 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 2 = akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall: Bei einem akuten Schlaganfall handelt es sich um ein plötzlich einsetzendes neurologisches Defizit mit Hemiplegie, Hemiparese, Aphasie, Blickwendung und ggf. einsetzenden Bewusstseinsstörungen. Beim progredienten ischämischer Schlaganfall ("Stroke-in-evolution" oder "progressive-stroke") handelt es sich um ein akut einsetzendes neurologisches Defizit wechselnden Schweregrades mit innerhalb von Stunden oder Tagen einsetzender schrittweiser Verschlechterung. Ein vor der Karotisrevaskularisation vorhandener Schlaganfall ist unabhängig von einer Seitenlokalisation zu dokumentieren. 9 = sonstige
17 (Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme))	=	17 (Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme))	Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall entsprechend den Schlüsseln im Datensatz: 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.
Apparative Diagnostik			
18 (Duplexsonographie)	entfällt		
19 (transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie)	entfällt		
20 (intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie)	entfällt		
21 (Spiral-CT-Angiographie)	entfällt		
22 (Magnetresonanztomographie)	entfällt		
23 (kraniale Computertomographie)	entfällt		
24 (kraniale Magnetresonanztomographie)	entfällt		
25 (Morphologischer Befund rechte Hemisphäre unauffällig)	entfällt		
26 (Lakunärer Infarkt/ Mikroangiopathie)	entfällt		
27 (Hämodynamischer Infarkt)	entfällt		
28 (Territorialer Infarkt)	entfällt		
29 (Morphologischer Befund linke Hemisphäre unauffällig)	entfällt		
30 (Lakunärer Infarkt/ Mikroangiopathie)	entfällt		
31 (Hämodynamischer Infarkt)	entfällt		
32 (Territorialer Infarkt)	entfällt		

33 (Stenosegrad rechts (nach NASCET))	=	18 (Stenosegrad rechts (nach NASCET))	Die Duplexsonographie stellt die Standardmethode für die Bestimmung des Stenosegrades dar. Die Angabe des Stenosegrades muss nach NASCET-Kriterien erfolgen. Wurde der Stenosegrad zuvor nach ECST-Kriterien ermittelt ist er zur Dokumentation nach folgender Formel umzurechnen: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.
34 (Stenosegrad links (nach NASCET))	=	19 (Stenosegrad links (nach NASCET))	Die Duplexsonographie stellt die Standardmethode für die Bestimmung des Stenosegrades dar. Die Angabe des Stenosegrades muss nach NASCET-Kriterien erfolgen. Wurde der Stenosegrad zuvor nach ECST-Kriterien ermittelt ist er zur Dokumentation nach folgender Formel umzurechnen: $NASCET[Angabe\ in\ \%] = (ECST[Angabe\ in\ \%] - 40) / 0,6$.
35 (Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite)	=	20 (Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
36 (Exulzierierende Plaques)	=	21 (Exulzierierende Plaques)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
37 (Aneurysma)	=	22 (Aneurysma)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
38 (Symptomatisches Coiling)	=	23 (Symptomatisches Coiling)	Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
39 (Mehretagenläsion)	=	24 (Mehretagenläsion)	Zusätzlich zu einer operativ oder endovaskulär zu versorgenden Karotisstenose muss eine vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%) vorliegen. Eine Doppelstenose an der extrakraniellen ACI ist nicht gemeint. Zur Sicherung der Diagnose muss eine Angiographie durchgeführt worden sein. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
40 (Sonstige)	=	25 (Sonstige)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
41 (Sonstige Karotisläsionen der linken Seite)	=	26 (Sonstige Karotisläsionen der linken Seite)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
42 (Exulzierierende Plaques)	=	27 (Exulzierierende Plaques)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
43 (Aneurysma)	=	28 (Aneurysma)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
44 (Symptomatisches Coiling)	=	29 (Symptomatisches Coiling)	Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
45 (Mehretagenläsion)	=	30 (Mehretagenläsion)	Zusätzlich zu einer operativ oder endovaskulär zu versorgenden Karotisstenose muss eine vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%) vorliegen. Eine Doppelstenose an der extrakraniellen ACI ist nicht gemeint. Zur Sicherung der Diagnose muss eine Angiographie durchgeführt worden sein. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben. Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
46 (Sonstige)	=	31 (Sonstige)	Die Läsion bzw. der anatomische Befund muss vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben.
47 (Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff)	=	32 (Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff)	
48 (Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff))	=	33 (Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff))	Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall entsprechend den Schlüsseln im Datensatz: 0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: ischämischer Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter ischämischer Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer ischämischer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer ischämischer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender ischämischer Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde.

PROZEDUR			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Eingriff / Prozedur			
49 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?)	=	34 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?)	[Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents). Andere Operationen und Prozeduren, die der Patient im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes (z.B. an anderen Organen) erhält, sind nicht gemeint. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.]
50 (Datum des Eingriffs)	=	35 (Datum des Eingriffs)	
51 (Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff))	=	36 (Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff))	Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA). Bezug genommen wird auf die Übersetzung und Beispiele gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) zum Kerndatensatz Anästhesie Version 3.0 / 2010: „ASA-Physical Status / ASA-Klassifikation ASA I: A normal healthy patient (Normaler, gesunder Patient) ASA II: A patient with mild systemic disease (Patient mit leichter Allgemeinerkrankung, z.B.: gut eingestellter Hypertonus, schwach ausgeprägter Diabetes) ASA III: A patient with severe systemic disease (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, z.B.: Angina pectoris, früherer Myokardinfarkt, COPD) ASA IV: A patient with severe systemic disease that is a constant threat to life (Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt z.B., chronische Herzinsuffizienz, Nierenversagen) ASA V: A moribund patient who is not expected to survive without the operation (Moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt z.B., rupturiertes Bauchaortenaneurysma) [...]" Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
52 (Indikation)	=	37 (Indikation)	
53 (Art der Komplikation)	=	38 (Art der Komplikation)	
54 (Therapierte Seite)	=	39 (Therapierte Seite)	
55 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?)	=	40 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?)	Zu dokumentieren bzw. zu zählen sind an dieser Stelle nur die dokumentationspflichtigen Eingriffe an der Arteria carotis der entsprechenden Seite, d.h. offen-chirurgische Eingriffe (Endarteriektomien, Resektionen der A. carotis mit Reanastomosierung, Resektionen und Ersatz (Interposition) von (Teilen der) Karotiden, Anlegen eines Shuntes und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents).
56 (Prozedur(en))	=	41 (Prozedur(en))	
57 (Art des Eingriffs)	=	42 (Art des Eingriffs)	
	neu	43 (Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?)	Ersteingriffe liegen vor, wenn an der ipsilateralen A. carotis bislang weder eine offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation vorgenommen wurde. Wurde vor dem jetzigen Eingriff ipsilateral eine offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation durchgeführt, liegt ein Rezidiveingriff vor.
58 (Präprozedurale fachneurologische Untersuchung)	=	44 (Präprozedurale fachneurologische Untersuchung)	
59 (Medikamentöse Thromboseprophylaxe)	entfällt		
60 (Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern)	=	45 (Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern)	
61 (Welche Thrombozytenaggregationshemmer?)	=	46 (Welche Thrombozytenaggregationshemmer?) 1=ASS 2=Clopidogrel 3= sonstige ADP-Rezeptorantagonisten (z.B. Prasugrel, Ticagrelor) 4=GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten (z.B. Abciximab, Eptifibatid, Tirofiban) 5= Sonstige (z.B. Clostazol)	
62 (Präprozedurale Lyse)	entfällt		

Verlauf der Prozedur			
63 (Neuro-Monitoring)	entfällt		
64 (SEP)	entfällt		
65 (EEG)	entfällt		
66 (Oxymetrie)	entfällt		
67 (Sonstige)	entfällt		
68 (Intraprozedurale Kontrolle)	entfällt		
69 (Sonographie)	entfällt		
70 (Angiographie)	entfällt		
71 (Doppler-Flowmetrie)	entfällt		
72 (Sonstige)	entfällt		
73 (Dauer des Eingriffs)	entfällt		
74 (Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem)	=	47 (Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem) 0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = PTA / Stent intrakraniell 5 = isolierte oder kombinierte Herzklappenoperation 9 = sonstige	Patienten mit aorto-koronaren Bypassoperationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.
75 (Zweiteingriff am arteriellen Gefäßsystem (im gleichen stationären Aufenthalt))	entfällt		
Interventionelle/Katheter-gestützte Karotis-Revaskularisation (PTA und/oder Stent)	entfällt		
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	entfällt		
76 (Wievielte interventionelle Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes?)	entfällt		
77 (Art der Intervention)	entfällt		
78 (Protektionssystem)	entfällt		
79 (Art des Protektionssystems)	entfällt		
80 (Stent-Typ)	entfällt		
81 (Stent-Design)	entfällt		
82 (Anzahl der implantierten Stents)	entfällt		
83 (Intraprozedurale Lyse/Thrombektomie)	entfällt		
Offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation	entfällt		
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden	entfällt		
84 (Wievielte offen-chirurgische Karotis-Revaskularisation während dieses Aufenthaltes?)	entfällt		
85 (Allgemeinanästhesie)	entfällt		
86 (Loco-Regionalanästhesie)	entfällt		
87 (Shunt-Einlage)	entfällt		
88 (TEA)	entfällt		
89 (Eversions-EA)	entfällt		
90 (Karotis-Interponat)	entfällt		
91 (Sonstige Operationsverfahren)	entfällt		
92 (Zusätzliche intraoperative Maßnahmen)	entfällt		
93 (Angioplastie)	entfällt		
94 (Stent)	entfällt		
95 (Intraoperative Lyse)	entfällt		
96 (Sonstige)	entfällt		
97 (Abklemmdauer)	entfällt		

PROZEDUR		entfällt	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden		entfällt	
Postprozeduraler Verlauf			
98 (Postprozedurale Kontrolle der Strombahn)	entfällt		
99 (Doppler/Duplex)	entfällt		
100 (Angiographie)	entfällt		
101 (Sonstige)	entfällt		
102 (Postprozedurale fachneurologische Untersuchung)	=	48 (Postprozedurale fachneurologische Untersuchung)	
103 (Neuaufgetretenes neurologisches Defizit (bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff))	redaktionelle Änderung	49 (neu aufgetretenes neurologisches Defizit (bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff)) 0 = nein 1 = TIA 2 = Periprozeduraler Schlaganfall	Hier bitte jedes perioprozedural neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit angeben.
104 (Schweregrad des neurologischen Defizits (zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis))	=	50 (Schweregrad des neurologischen Defizits (zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis))	Das Datenfeld "Schweregrad des neurologischen Defizits" kommt nur zur Anwendung, wenn bis zur Entlassung bzw. bis zum nächsten (dokumentationspflichtigen) Eingriff an der Arteria carotis ein perioperativer Schlaganfall aufgetreten ist. ("Neuaufgetretenes neurologisches Defizit = Periprozeduraler Schlaganfall") Weiche Plausibilitätsregel, die einen Hinweis gibt, wenn im Feld „Schweregrad des neurologischen Defizits“ (bei neuauftretendem neurologischen Defizit) 6 „Rankin 6: ischämischer Schlaganfall mit tödlichem Ausgang“ dokumentiert wird, der Entlassungsgrund aber nicht 7 „Tod“ entspricht.
CT/MRT-Untersuchung		entfällt	
105 (Untersuchung durchgeführt)	entfällt		
106 (morphologischer Befund unauffällig)	entfällt		
107 (Ischämischer Territorialinfarkt)	entfällt		
108 (Hämodynamischer Infarkt)	entfällt		
109 (Parenchymatöse Blutung)	entfällt		
110 (Sonstige)	entfällt		
111 (Lokale Komplikationen (bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff))	entfällt		
112 (OP-pflichtige Nachblutung (Nachblutungen an der Punktionsstelle sind nicht hier, sondern unter "behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle" zu dokumentieren))	entfällt		
113 (Nervenläsion als Folge des Eingriffs)	entfällt		
114 (Karotisverschluss)	entfällt		
115 (Behandlungspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle)	entfällt		
116 (Art der behandlungspflichtigen Komplikation(en) an der Punktionsstelle)	entfällt		
117 (Sonstige)	entfällt		
118 (Allgemeine behandlungsbedürftige postprozedurale Komplikation(en) (bis zur Entlassung - es sei denn, es ist ein weiterer dokumentationspflichtiger Eingriff an der Karotis durchgeführt worden, dann bis zum nächsten Eingriff))	entfällt		
119 (Herzinfarkt)	entfällt		
120 (STEMI)	entfällt		
121 (Sonstige Kardiovaskuläre Komplikation(en) (dekompensierte Herzinsuffizienz, schwere Herzrhythmusstörungen))	entfällt		
122 (Tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose)	entfällt		
123 (Pulmonale Komplikationen (Lungenembolie, Pneumonie))	entfällt		
124 (Sonstige)	entfällt		

BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Entlassung			
125 (Entlassungsdatum KH)	=	51 (Entlassungsdatum KH)	
126 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	=	52 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	
127 (Entlassungsgrund)	=	53 (Entlassungsgrund)	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de
128 (Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung)	=	54 (Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung)	
129 (Sektion erfolgt)	entfällt		