

**Modul 9/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  
Änderungen 2017 zu 2018**

Stand: Dezember 2017

V04

**Hinweis:** Alle gesetzlich versicherten Patienten müssen mit einem Merkblatt über die Datenerfassung und Weitergabe personenbezogener Informationen bei Dokumentationsverpflichtung in diesem Leistungsbereich in Kenntnis gesetzt werden. Die Merkblätter sind auf der Homepage des G-BA ([https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4451/2017-10-13\\_G-BA\\_Patienteninformation\\_Datenerhebung%20QSKH.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4451/2017-10-13_G-BA_Patienteninformation_Datenerhebung%20QSKH.pdf)) zur Verfügung gestellt.

<b>Auslösekriterien</b>	<b>keine Änderungen in den Auslösekriterien</b>		
	<b>Anmerkung: Wenn während des stationären Aufenthaltes eines Patienten mehrere Leistungen (OPS-Kodes) des Leistungsbereichs Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) erbracht werden, so ist nur die Erstprozedur zu dokumentieren.</b>		
<b>QS-Datensatz 2017</b>	<b>QS-Datensatz 2018</b>		<b>Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld</b>
<b>Feld-Nr. und Fragestellung</b>	<b>im Vergleich zu 2017</b>	<b>Änderung/Ergänzung</b>	
<b>BASIS</b>			
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	=	1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	
	neu	2 (Versichertenart)	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart
	neu	3 (besonderer Personenkreis)	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart
<b>Patientenidentifizierende Daten</b>			
2 (eGK-Versichertennummer)	=	4 (eGK-Versichertennummer)	
3 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.)	inhaltliche Präzisierung	5 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.) Dieses Feld ist nur zu befüllen, wenn der Patient nicht über eine eGK-Versicherungsnummer verfügt	
<b>Basisdokumentation</b>			
4 (Institutionskennzeichen)	=	6 (Institutionskennzeichen)	
5 (entlassender Standort)	=	7 (entlassender Standort)	
	neu	8 (behandelnder 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 einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „behandelnde Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.  Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.
6 (Betriebsstätten-Nummer)	=	9 (Betriebsstätten-Nummer)	
7 (Fachabteilung nach § 301)	=	10 (Fachabteilung nach § 301)	
8 (Pat.-ID)	=	11 (Pat.-ID)	
9 (Geburtsdatum)	=	12 (Geburtsdatum)	
10 (Geschlecht)	=	13 (Geschlecht)	
11 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	=	14 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	
<b>Präoperative Anamnese/Klinik</b>			
12 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	=	15 (Einstufung nach ASA-Klassifikation)	

<b>Indikation zum Aggregatwechsel</b>		<b>entfällt</b>	
13 (Indikation zum Aggregatwechsel) 1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	<b>entfällt</b>		
<b>neu</b>		<b>Ort der letzten Schrittmacher-OP</b>	
14 (Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff)	=	16 (Ort der letzten Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff)	
<b>Operation</b>			
15 (OP-Datum)	=	17 (OP-Datum)	
16 (Operation (OPS))	<b>inhaltliche Präzisierung, auf zehn OPS-Eingabefelder erweitert (bisher drei)</b>	18 (Operation (alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs))	
17 (Dauer des Eingriffs)	=	19 (Dauer des Eingriffs)	
<b>Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems</b>			
<b>Implantiertes Schrittmachersystem</b>			
18 (System)	=	20 (System)	<b>geändert</b> Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• VI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel</li> <li>• AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof</li> <li>• DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel)</li> <li>• VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt</li> <li>• CRT-System mit Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 3 aktiven Sonden (eine im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• CRT-System ohne Vorhofsonde: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine im rechten Ventrikel, eine im Bereich des linken Ventrikels, z.B. in einer Koronarvene oder epimyokardial)</li> <li>• sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden</li> </ul>
<b>Belassene Schrittmacher-Sonden</b>			
<b>Vorhof</b>			
wenn Feld 18 IN (2,3,5,9)	=	wenn Feld 20 IN (2,3,5,9)	
19 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	=	21.1 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	
20 (Reizschwelle nicht gemessen)	=	21.2 (Reizschwelle nicht gemessen)	
wenn Feld 18 IN (2,3,4,5,9)	=	wenn Feld 20 IN (2,3,4,5,9)	
21 (P-Wellen-Amplitude (intraoperativ))	=	22.1 (P-Wellen-Amplitude (intraoperativ))	
22 (P-Wellen-Amplitude nicht gemessen)	=	22.2 (P-Wellen-Amplitude nicht gemessen)	
<b>Ventrikel</b>			
<b>Rechtsventrikuläre Sonde</b>			
wenn Feld 18 IN (1,3,4,5,6;9)	=	wenn Feld 20 IN (1,3,4,5,6;9)	
23 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	=	23.1 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	
24 (Reizschwelle nicht gemessen)	=	23.2 (Reizschwelle nicht gemessen)	
25 (R-Amplitude (intraoperativ))	=	24.1 (R-Amplitude (intraoperativ))	
26 (R-Amplitude nicht gemessen)	=	24.2 (R-Amplitude nicht gemessen)	
<b>Linksventrikuläre Sonde</b>			
wenn Feld 18 IN (5,6,9)	=	wenn Feld 20 IN (5,6,9)	
27 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	=	25.1 (Reizschwelle (intraoperativ, bei 0,5 ms))	
28 (Reizschwelle nicht gemessen)	=	25.2 (Reizschwelle nicht gemessen)	
<b>Postoperativ funktionell nicht mehr aktive Anteile des SM-Systems</b>	<b>entfällt</b>		
<b>Explantiertes Schrittmachersystem</b>			
29 (Jahr der Implantation)	<b>entfällt</b>		
30 (Jahr der Implantation nicht bekannt)	<b>entfällt</b>		
<b>Peri- bzw. postoperative Komplikationen</b>			
31 (peri- bzw. postoperative Komplikationen)	=	26 (peri- bzw. postoperative Komplikationen)	
32 (Asystolie)	<b>entfällt</b>		
33 (Kammerflimmern)	<b>entfällt</b>		
	<b>neu</b>	27.1 (kardiopulmonale Reanimation)	
34 (interventionspflichtiges Taschenhämatom)	=	27.2 (interventionspflichtiges Taschenhämatom)	

35 (postoperative Wundinfektion (nach der Definition der CDC))	=	27.3 (postoperative Wundinfektion (nach der Definition der CDC))	
36 (sonstige interventionspflichtige Komplikation)	=	27.4 (sonstige interventionspflichtige Komplikation)	
<b>Entlassung</b>			
37 (Entlassungsdatum Krankenhaus)	=	28 (Entlassungsdatum Krankenhaus)	
38 (Entlassungsgrund nach § 301)	=	29 (Entlassungsgrund nach § 301)	
39 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	inhaltliche Präzisierung, auf dreißig Eingabefelder erweitert (bisher acht)	30 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistungen stehen))	