

Auslösekriterien		eine Änderungen in den Auslösekriterien	
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.			
QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
<b>BASIS</b>			
<i>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
<b>Basisdokumentation</b>			
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 für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.
	neu	3 (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. <b>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</b> 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.
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	4 (Betriebsstätten-Nummer)	
4 (Fachabteilung nach § 301)	=	5 (Fachabteilung nach § 301)	
5 (Pat.-ID)	=	6 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	7 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	=	8 (Geschlecht)	<b>Schlüssel:</b> 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt
8 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	=	9 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	
<b>Klinische Diagnostik</b>			
	<b>neu:</b> Inhaltliche Zusammenfassung von alten Schlüsseln: "0 = nein" "1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor <b>elektivem</b> Eingriff" <i>(vorher Schlüssel 3 der Felder 10 und 14)</i> "2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor <b>Notfall-Eingriff</b> " <i>(vorher Schlüssel 2 der Felder 12 und 16)</i>	10 (Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor? (unabhängig von einer Seitenlokalisation))	<b>akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall:</b> 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.
9 (Karotisläsion rechts  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 ) wenn Feld 9=2	<b>Schlüsselpräzisierung:</b> 0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts ( <b>cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist</b> )  Bedingung geändert	11 (Karotisläsion rechts  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 ) wenn <b>Feld 10 = 0</b> und wenn <b>Feld 11 = 2</b>	

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
10 (Symptomatische Karotisläsion <b>rechts</b> (elektiv)) 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	<b>Schlüsseländerung:</b> Nummer 3 entfällt, da im neuen Feld 10 integriert.	12.1 (Symptomatische Karotisläsion <b>rechts</b> (elektiv)) 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige
11 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der <b>rechten</b> Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	verlegt zum Feld 13.1		
12 (Symptomatische Karotisläsion <b>rechts</b> (Notfall)) 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches 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 9 = sonstige	<b>Schlüsseländerung:</b> Nummer 2 entfällt, da im neuen Feld 10 integriert.	12.2 (Symptomatische Karotisläsion <b>rechts</b> (Notfall))	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige
	vorher Feld 11, inhaltliche Präzisierung	13.1 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der <b>rechten</b> Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes) <i>anamnestische Angaben ausreichend</i>	
	neu	13.2 (Es wurde kein Eingriff an der <b>rechten</b> Karotis vorgenommen.)	
13 (Karotisläsion <b>links</b> ) <b>Asymptomatisch:</b> Kein neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate <b>Symptomatisch:</b> Neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate ) <b>wenn Feld 13=2</b>	<b>Schlüsselpräzisierung:</b> 0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts ( <b>cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist</b> )	14 (Karotisläsion <b>links</b> ) <b>Asymptomatisch:</b> Kein neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate <b>Symptomatisch:</b> Neu aufgetretenes fokalneurologisches Defizit im ipsilateralen Stromgebiet innerhalb der letzten 6 Monate ) <b>wenn Feld 10 = 0 und wenn Feld 14 = 2</b>	
14 (Symptomatische Karotisläsion <b>links</b> (elektiv)) 1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 3 = ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 9 = sonstige	<b>Schlüsseländerung:</b> Nummer 3 entfällt, da im neuen Feld 10 integriert.	15.1 (Symptomatische Karotisläsion <b>links</b> (elektiv))	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige
15 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der <b>linken</b> Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes)	verlegt zum Feld 16.1		
16 (Symptomatische Karotisläsion <b>links</b> (Notfall)) 1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches 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 9 = sonstige	<b>Schlüsseländerung:</b> Nummer 2 entfällt, da im neuen Feld 10 integriert.	15.2 (Symptomatische Karotisläsion <b>links</b> (Notfall))	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokalneurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad) 9 = sonstige
	vorher Feld 15, inhaltliche Präzisierung	16.1 (Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der <b>linken</b> Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes) <i>anamnestische Angaben ausreichend</i>	
	neu	16.2 (Es wurde kein Eingriff an der <b>linken</b> Karotis vorgenommen.)	

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
17 (Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme))		17 (Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme))	An dieser Stelle ist das neurologische Defizit anzugeben, das bei Aufnahme des Patienten vorhanden war bzw. anhand der ersten Diagnostik festgestellt wurde. 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
<b>Apparative Diagnostik</b>			
18 (Stenosegrad rechts (nach NASCET))	inhaltliche Präzisierung	18 (Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien))	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent
19 (Stenosegrad links (nach NASCET))	inhaltliche Präzisierung	19 (Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien))	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent
20 (Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite)	=	20 (Sonstige Karotisläsionen der rechten Seite) Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben	
21 (Exulzierierende Plaques)	inhaltliche Präzisierung	21.1 (Exulzierierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung)	
22 (Aneurysma)	=	21.2 (Aneurysma)	
23 (Symptomatisches Coiling)	=	21.3 (Symptomatisches Coiling) Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.	
24 (Mehretagenläsion)	=	21.4 (Mehretagenläsion) operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich	
25 (Sonstige)	=	21.5 (Sonstige)	
26 (Sonstige Karotisläsionen der linken Seite)	=	22 (Sonstige Karotisläsionen der linken Seite) Alle folgend abgefragten Läsionen bzw. anatomischen Befunde müssen vor dem Eingriff bekannt gewesen sein und zur Karotisrevaskularisation auf dieser Seite geführt haben	
27 (Exulzierierende Plaques)	inhaltliche Präzisierung	23.1 (Exulzierierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung)	
28 (Aneurysma)	=	23.2 (Aneurysma)	
29 (Symptomatisches Coiling)	=	23.3 (Symptomatisches Coiling) Eine präoperativ bestehende Elongation der A. carotis interna, die zur Vermeidung einer Knickstenose gekürzt wird, ist nicht als symptomatisches Coiling zu werten.	
30 (Mehretagenläsion)	=	23.4 (Mehretagenläsion) operativ oder endovaskulär zu versorgende Karotisstenose und vor- oder nachgeschaltete Stenose der ipsilateralen Strombahn (über 70%); nicht gemeint sind Doppelstenosen der extrakraniellen ACI. Diagnosesicherung durch Angiographie erforderlich	
31 (Sonstige)	=	23.5 (Sonstige)	
32 (Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff)	=	24 (Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff)	

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
33 (Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff))	=	25 (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.
<b>PROZEDUR</b>			
<b>Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Eingriff / Prozedur</b>			
34 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?)	=	26 (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. ]
35 (Datum des Eingriffs)	=	27 (Datum des Eingriffs)	
36 (Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff))	=	28.1 (Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)) Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.	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 Bauchortenaneurysma) [...]"  Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.
	neu	28.2 (Eingriff ohne Narkose erfolgt) 1 = ja	
37 (Indikation)	=	29 (Indikation)	
38 (Art der Komplikation)	=	30 (Art der Komplikation)	
39 (Therapierte Seite)	=	31 (Therapierte Seite)	
40 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?)	=	32 (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).
41 (Prozedur(en))	inhaltliche Präzisierung, auf zehn Eingabefelder erweitert, vorher fünf	33 (Prozedur(en)) alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs	
42 (Art des Eingriffs)	=	34 (Art des Eingriffs)	

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
43 (Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?) 1 = Ersteingriff 2 = Rezidiveingriff	<b>Inhaltliche Präzisierung der Schlüssel:</b> 1 = Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/ Stentimplantation an der ipsilateralen A.carotis vor jetzigem Eingriff) 2 = Rezidiveingriff (ipsilateral offen-chirurgische oder kathetergestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)	35 (Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?)	
44 (Präprozedurale fachneurologische Untersuchung)	inhaltliche Präzisierung	36 (Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?)	
45 (Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern)	Präzisierung der Feldbezeichnung	37 (Erfolgte der Eingriff unter Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern ?)	
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. Cilostazol)	entfällt, inhaltlich identisch in einzelne Felder dargestellt		
	neu	38.1 (ASS)	
	neu	38.2 (Clopidogrel)	
	neu	38.3 (sonstige ADP-Rezeptorantagonisten z.B. Prasugrel, Ticagrelor)	
	neu	38.4 (GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten)	
	neu	38.5 (sonstige z.B. Cilostazol)	
<b>Verlauf der Prozedur</b>			
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 6 = sonstige	<b>Inhaltliche Präzisierung des Feldes Schlüsseländerung, neu:</b> "6 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie"	39 (Erfolgte ein Simultaneingriff am arteriellen Gefäßsystem) Patienten mit aorto-koronaren Bypass-Operationen sind unabhängig von weiteren Herzeingriffen mit „aorto-koronarer Bypass“ zu dokumentieren.	
<b>Postprozeduraler Verlauf</b>			
48 (Postprozedurale fachneurologische Untersuchung)	Inhaltliche Präzisierung	40 (Wurde eine postprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?)	
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))	=	41 (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; jedes perioproz. neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizit ist anzugeben)	
50 (Schweregrad des neuro-logischen Defizits (zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis))	=	42 (Schweregrad des neurologischen Defizits (zum Zeitpunkt der Entlassung bzw. unmittelbar vor dem nächsten dokumentationspflichtigen Eingriff an der Karotis))	

QS-Datensatz 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
<b>BASIS</b>			
<i>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</i>			
<b>Entlassung</b>			
51 (Entlassungsdatum KH)	=	43 (Entlassungsdatum KH)	
52 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	inhaltliche Präzisierung, auf dreißig Eingabefelder erweitert, bisher acht	44 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM (alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistungen stehen))	
53 (Entlassungsgrund) § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	=	45 (Entlassungsgrund) § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	
54 (Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung)	=	46 (Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotis-Revaskularisation oder der zugrunde liegenden Erkrankung) Hier ist "ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.	