

Stand: Dezember 2017

V04

QS-Datensatz 2017		QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung		
BASIS				Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden				
Basisdokumentation				
1 (Status des Leistungserbringers) 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen	=	1 (Status des Leistungserbringers) 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen		Teilstreichung: Wird die Leistung durch einen ermächtigten Arzt erbracht, ist das Institutionskennzeichen des Krankenhauses anzugeben.
2 (Art des Leistungserbringung) 1 = ambulant erbrachte Leistung 2 = stationär erbrachte Leistung 3 = vorstationär erbrachte Leistung	=	2 (Art des Leistungserbringung) 1 = ambulant erbrachte Leistung 2 = stationär erbrachte Leistung 3 = vorstationär erbrachte Leistung		
3 (VERBRINGUNGSLEISTUNG (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)) 0 = nein, keine Verbringungsleistung 1 = ja, Verbringungsleistung	=	3 (VERBRINGUNGSLEISTUNG (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch)) 0 = nein, keine Verbringungsleistung 1 = ja, Verbringungsleistung		
Art der Versicherung				
4 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	=	4 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)		
	neu	5 (Versichertenart)		Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
	neu	6 (besonderer Personenkreis)		Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 2 Besonderer Personenkreis, bzw. Datensatzbeschreibung KVDT
Patientenidentifizierende Daten				
5 (eGK-Versichertennummer)	=	7 (eGK-Versichertennummer)		
6 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.)	=	8 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.)		
Leistungserbringeridentifizierende Daten				
Krankenhaus				
7 (Institutionskennzeichen)	=	9 (Institutionskennzeichen)		
8 (entlassender Standort)	=	10 (entlassender Standort)		
	neu	11 (Behandelnder Standort bzw. verbringender Standort (OPS)) (gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur, zweistellig, ggf. mit führender Null)		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 „verbringende Standort“ anzugeben Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren. 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.
9 (Fachabteilung nach § 301)	=	12 (Fachabteilung nach § 301)		Teilstreichung: "Bei ambulanten Operationen am Krankenhaus ist die erbringende Organisationseinheit anzugeben."
Vertragsarzt/ermächtigter Arzt/MVZ				
10 (Betriebsstättennummer ambulant)	=	13 (Betriebsstättennummer ambulant)		2018 neu: "Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden."
bei angegebener Betriebsstätte optional (11)	Bedingung entfällt			
11 (Nebenbetriebsstättennummer)	=	14 (Nebenbetriebsstättennummer)		2018 neu: Hier ist für Belegärzte die NBSNR der Betriebsstätte (Belegabteilung/-krankenhaus) anzugeben, in der die ärztliche Leistung erbracht wurde.
12 (Lebenslange Arztnummer)	=	15 (Lebenslange Arztnummer)		
Patient				
13 (einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten)	=	16 (einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten)		
14 (Geburtsdatum)	=	17 (Geburtsdatum)		
15 (Geschlecht)	=	18 (Geschlecht)		Schlüssel: 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt
16 (Aufnahmedatum (stationär))	=	19 (Aufnahmedatum (stationär))		geringfügige redaktionelle Änderungen
Anamnese				
17 (Zustand nach koronarer Bypass-OP)	=	20 (Zustand nach koronarer Bypass-OP)		
18 (Ejektionsfraktion unter 40%)	=	21 (Ejektionsfraktion unter 40%)		

Kardiale Anamnese (vor Prozedur)			
19 (Akutes Koronarsyndrom (ST)-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	=	22 (Akutes Koronarsyndrom (ST)-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	
20 (Stabile Angina pectoris (nach CCS))	=	23 (Stabile Angina pectoris (nach CCS))	
21 (Objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung) (Belastungs-EKG oder andere nicht-invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung))	=	24 (Objektive (apparative) nicht-invasive Ischämiezeichen (bei Belastung) (Belastungs-EKG oder andere nicht-invasive Tests; bei nicht belastbaren Patienten gilt der Befund ohne Belastung))	
Prozedur			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
22 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. während dieses Behandlungstages (ambulant)?)	inhaltliche Präzisierung	25 (Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?)	geändert: Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalles unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einem Leistungsbereich darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
23 (Datum der Prozedur)	=	26 (Datum der Prozedur)	
24 (Herzinsuffizienz (nach NYHA))	=	27 (Herzinsuffizienz (nach NYHA))	
wenn Feld 24 = 4	=	wenn Feld 27 = 4	
25 (kardiogener Schock)	=	28 (kardiogener Schock)	
26 (Art der Prozedur) 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	=	29 (Art der Prozedur) 1 = isolierte Koronarangiographie 2 = isolierte PCI 3 = einzeitig Koronarangiographie und PCI	
27 (Gebührenordnungsposition (GOP))	=	30 (Gebührenordnungsposition (GOP))	
28 (Dringlichkeit der Prozedur)	=	31 (Dringlichkeit der Prozedur)	geändert/ergänzt: "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.
29 (Fibrinolyse vor der Prozedur)	=	32 (Fibrinolyse vor der Prozedur)	
30 (Nierenfunktion gemessen)	=	33 (Nierenfunktion gemessen)	
Koronarangiographie			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
31 (Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?)	inhaltliche Änderung	34 (Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalles (ambulant)?)	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen Koronarangiographien während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalles zu unterscheiden.
32 (Führende Indikation für diese Koronarangiographie (nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff))		35 (Führende Indikation für diese Koronarangiographie (nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff))	
33 (Operationen- und Prozedurenschlüssel)	inhaltliche Präzisierung, auf zehn OPS-Eingabefelder erweitert (bisher fünf)	36 (Operationen- und Prozedurenschlüssel (alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs))	

34 (Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer evtl. auch einzeln durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet))	=	37 (Führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer evtl. auch einzeln durchgeführten Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet))	geändert: ... Ein koronarangiographischer Normalbefund liegt auch dann vor, wenn Wandunregelmäßigkeiten oder Gefäßeinengungen von unter 25% des Gefäßdurchmessers nachweisbar sind.
PCI			
Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden			
35 (Wieviele PCI während dieses Aufenthaltes)	inhaltliche Änderung	38 (Wieviele PCI während dieses Aufenthaltes (stationär) bzw. innerhalb dieses Behandlungsfalls (ambulant?))	Das Datenfeld ermöglicht es, die verschiedenen dokumentationspflichtigen PCIs während eines Aufenthaltes bzw. innerhalb eines Behandlungsfalls zu unterscheiden.
36 (Indikation zur PCI) wenn Feld 36 IN (4;5)	=	39 (Indikation zur PCI) wenn Feld 39 IN (4;5)	
37 (Ist STEMI Hauptdiagnose?)	=	40 (Ist STEMI Hauptdiagnose?)	
38 (Operationen- und Prozedurenschlüssel)	inhaltliche Präzisierung	41 (Operationen- und Prozedurenschlüssel (alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs))	
PCI an			
39 (PCI an Hauptstamm)	=	42.1 (PCI an Hauptstamm)	Rechtschreibfehlerkorrektur
40 (PCI an LAD)	=	42.2 (PCI an LAD)	Rechtschreibfehlerkorrektur
41 (PCI an RCX)	=	42.3 (PCI an RCX)	Rechtschreibfehlerkorrektur
42 (PCI an RCA)	=	42.4 (PCI an RCA)	Rechtschreibfehlerkorrektur
PCI Merkmale			
43 (PCI mit besonderen Merkmalen)	=	43 (PCI mit besonderen Merkmalen)	geändert: Wenn eines der Merkmale der folgenden Felder vorliegt, ist „ja“ anzugeben.
44 (besonderes Merkmal) 1 = PCI am kompletten Gefäßverschluss 2 = PCI eines Koronarbypasses 3 = PCI am ungeschützten Hauptstamm 4 = PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA 5 = PCI am letzten verbliebenen Gefäß 6 = PCI an einer In-Stent Stenose 9 = sonstiges	entfällt, der Schlüssel wurde in einzelnen Felder verändert		Rechtschreibfehlerkorrektur
	neu	44.1 (PCI am kompletten Gefäßverschluss)	geändert: Ist dann gegeben, wenn TIMI-Fluss 0, d.h. kein Kontrastmitteldurchtritt.
	neu	44.2 (PCI eines Koronarbypasses)	
	neu	44.3 (PCI am ungeschützten Hauptstamm)	geändert: Ein nicht durch ein offenes Bypass-Gefäß überbrückter Hauptstamm.
	neu	44.4 (PCI einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA)	
	neu	44.5 (PCI am letzten verbliebenen Gefäß)	geändert: Das letzte native oder Bypass-Gefäß, welches das vitale Myocard versorgt.
	neu	44.6 (PCI an einer In-Stent Stenose)	
	neu	44.7 (sonstiges)	
Wesentliches Interventionsziel			
wenn Feld 36 in (1,2,6,7,9) 45 (Wesentliches Interventionsziel erreicht (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualstenose des dilatierten Segments unter 50%))	=	wenn Feld 39 in (1,2,6,7,9) 45 (Wesentliches Interventionsziel erreicht (nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographische Residualstenose des dilatierten Segments unter 50%))	
wenn Feld 36 in (3,4,5) 46 (Erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß)	=	wenn Feld 39 in (3,4,5) 46 (Erreichter TIMI-Fluss im Zielgefäß)	
Door-und Balloon-Zeitpunkt			
wenn Feld 37=1 (ja) 47 (Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?)	=	wenn Feld 40=1 (ja) 47 (Door-Zeitpunkt und Balloon-Zeitpunkt bekannt?)	
wenn Feld 47=1 (48-51)	=	wenn Feld 47=1 (48-51)	
48 (Door-Zeitpunkt (Datum))	=	48 (Door-Zeitpunkt (Datum))	
49 (Door-Zeitpunkt (Uhrzeit))	=	49 (Door-Zeitpunkt (Uhrzeit))	
50 (Balloon Zeitpunkt (Datum))	=	50 (Balloon Zeitpunkt (Datum))	
51 (Balloon Zeitpunkt (Uhrzeit))	=	51 (Balloon Zeitpunkt (Uhrzeit))	
Prozedur			
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Prozedurdaten			
52 (Dosis-Flächen-Produkt bekannt)	=	52 (Dosis-Flächen-Produkt bekannt)	
wenn Feld 52 = 1	=	wenn Feld 52 = 1	Rechtschreibfehlerkorrektur
53 (Dosis-Flächen-Produkt)	=	53 (Dosis-Flächen-Produkt)	
54 (Applizierte Kontrastmittelmenge)	=	54 (Applizierte Kontrastmittelmenge)	
Ereignisse während der Prozedur			
55 (Intraprozedural auftretende Ereignisse)	=	55 (Intraprozedural auftretende Ereignisse)	
56 (koronarer Verschluss)	=	56.1 (koronarer Verschluss)	
57 (TIA/Schlaganfall)	=	56.2 (TIA/Schlaganfall)	
58 (Exitus im Herzkatheterlabor)	=	56.3 (Exitus im Herzkatheterlabor)	
59 (Sonstige)	=	56.4 (Sonstige)	

BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Postprozeduraler Verlauf			
60 (Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt) 0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	=	57 (Postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkt) 0 = nein 1 = ja, NSTEMI 2 = ja, STEMI	
61 (Datum des postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkts)	=	58 (Datum des postprozedural neu aufgetretener Herzinfarkts)	
62 (Postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall) 0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	=	59 (Postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfall) 0 = nein 1 = ja, TIA 2 = ja, Schlaganfall	
63 (Datum der/des postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfalls)	=	60 (Datum der/des postprozedural neu aufgetretene/r TIA/Schlaganfalls)	
64 (Postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	=	61 (Postprozedurale Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	
65 (Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	=	62 (Datum der postprozeduralen Verlegung bzw. Einweisung zur Notfall CABG-Operation)	
66 (postprozedurale Transfusion)	=	63 (postprozedurale Transfusion)	
67 (Datum der postprozeduralen Transfusion)	=	64 (Datum der postprozeduralen Transfusion)	
68 (Postprozedurale Gefäßthrombose (punktiosnah))	=	65 (Postprozedurale Gefäßthrombose (punktiosnah))	
69 (Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktiosnah))	=	66 (Datum der postprozeduralen Gefäßthrombose (punktiosnah))	
Entlassung			
70 (Entlassungsdatum (stationär))	=	67 (Entlassungsdatum (stationär))	geringfügige redaktionelle Änderungen
71 (Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ICD-10-GM)	=	71 (Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) ICD-10-GM) alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Verfahren dokumentierten Leistung stehen	geringfügige redaktionelle Änderungen