



Ausfuellhinweise Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)

Stand: 11. Januar 2024 (QS-Spezifikation 2024 V05)
Copyright © 2024 IQTIg

Werden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist die Erstprozedur zu dokumentieren.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
-------	-------------	---------------------	-----------------

Teildatensatz Basis (B)

Art der Versicherung

1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	-	-

Patientenidentifizierende Daten

3	eGK-Versichertennummer	-	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" des Versicherten wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG 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 Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
4	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer.	1 = ja	Das Datenfeld "eGK-Versichertennummer" ist für alle Patienten zu dokumentieren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. In diesen Fällen beginnt das Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte in der Regel mit der Zeichenkette 10. In einigen Ausnahmefällen ist dies auch der Fall, obwohl es sich nicht um einen Patienten handelt, der in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Hierbei kann es sich beispielsweise um Versicherte der Postbeamtenkrankenkasse handeln. In diesen Fällen ist das Datenfeld mit „ja“ zu beantworten, da der Patient über keine eGK-Versichertennummer verfügt. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.

Basisdokumentation

5	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
---	-------------------------	---	--

6	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
7	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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
8	Betriebsstätten-Nummer	-	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
9	Fachabteilung	-	<u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
10	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
11	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
12	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
13	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024.

Indikation zum Aggregatwechsel

14	Indikation zum Aggregatwechsel	1 = Batterieerschöpfung 2 = Fehlfunktion/Rückruf 9 = sonstige aggregatbezogene Indikation	Im Falle eines Eingriffs am Aggregat aufgrund einer Sicherheitswarnung ist „Fehlfunktion/Rückruf“ zu dokumentieren.
15	letzte Schrittmacher-OP vor diesem Eingriff	1 = stationär 2 = stationärsersetzend/ambulant	-

Operation

16	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
17	Operation	-	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2025 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2024 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2024 aufgenommen worden ist.
18	Dauer des Eingriffs	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: >= 1 Minuten Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten	-

Postoperativ funktionell aktive Anteile des SM-Systems

Implantiertes Schrittmachersystem

19	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> VVI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel AAI: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Vorhof DDD: SM-Aggregat mit 2 aktiven Sonden (eine Sonde im rechten Vorhof, eine im rechten Ventrikel) VDD: SM-Aggregat mit 1 aktiven Sonde im rechten Ventrikel, die über die Möglichkeit einer Vorhofwahrnehmung verfügt 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) 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) sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 6) nicht erfasst werden
----	--------	--	---

Belassene Schrittmacher-Sonden

Vorhof

wenn Feld 19 IN (2;3;5;9)

20.1	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	intraoperative Messung
20.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-

wenn Feld 19 IN (2;3;4;5;9)

21.1	P-Wellen-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 15 mV	intraoperative Messung
21.2	P-Wellen-Amplitude nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Der Wert "2 = fehlender Vorhofeigenrhythmus" ist einzutragen, wenn eine fehlende P-Welle bei Sinusarrest oder eine höhergradige SA-Blockierung vorliegt.

Ventrikel

Rechtsventrikuläre Sonde (bzw. HIS-Bündel)

wenn Feld 19 IN (1;3;4;5;6;9)

22.1	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
22.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.

23.1	R-Amplitude	Angabe in: mV Gültige Angabe: >= 0 mV Angabe ohne Warnung: <= 30 mV	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.
23.2	R-Amplitude nicht gemessen	1 = kein Eigenrhythmus 9 = aus anderen Gründen	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems. Dies gilt auch für den Ausnahmefall, dass die Pace-/Sense-Sonde im linken Ventrikel platziert wurde. Bei einem System mit His-Bündel-Sonde die Angaben zur His-Bündel-Sonde bitte hier eintragen.

Linksventrikuläre Sonde

wenn Feld 19 IN (5;6;9)

24.1	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: >= 0 V Angabe ohne Warnung: <= 9,9 V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
24.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.

Peri- bzw. postoperative Komplikationen

25	peri- bzw. postoperative Komplikation(en)	0 = nein 1 = ja	behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder nach diesem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind (bis zur Entlassung) Nicht zu dokumentieren sind an dieser Stelle Komplikationen, die bereits vor dem hier dokumentierten Eingriff aufgetreten sind.
----	---	--------------------	--

wenn Feld 25 = 1

26.1	kardiopulmonale Reanimation	1 = ja	-
26.2	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
26.3	postoperative Wundinfektion	1 = ja	Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen Für eine Infektion müssen als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine lokale oder systemische Infektionszeichen vorliegen. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war.
26.4	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs

Entlassung

27	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024
28.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
28.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	1 = ja	Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.
29	Entlassungsdiagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.

Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2025 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2024 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2024 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1

"Entlassungsgrund"

- 01 = Behandlung regulär beendet
- 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 07 = Tod
- 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege