



## Ausfuellhinweise Herzschrittmacher-Implantation (09/1)

Stand: 21. März 2023 (QS-Spezifikation 2023 V06)  
Copyright © 2023 IQTIG

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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Art der Versicherung</b>			
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	-
13.1	Körpergröße	Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
13.2	Körpergröße unbekannt	1 = ja	-
14.1	Körpergewicht bei Aufnahme	Angabe in: kg Gültige Angabe: 1 - 500 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 230 kg	Bitte das Körpergewicht des Patienten bei Aufnahme in die leistungserbringende Abteilung in Kilogramm angeben. Gerundet auf volle kg.
14.2	Körpergewicht unbekannt	1 = ja	-
15	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b>  Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2023 bis zum 10.01.2023 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2023 bis zum 20.01.2023 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2023, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2023.

### Präoperative Anamnese/Klinik

16	Einstufung nach ASA-Klassifikation	<p>1 = normaler, gesunder Patient  2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung  3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung  4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt  5 = moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt</p>	<p>Die ASA-Klassifikation ist eine Risikoklassifikation der American Society of Anesthesiologists (ASA).</p> <p>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)  [...]"</p>
17	führendes Symptom	<p>0 = keines (asymptomatisch)  1 = Präsynkope/Schwindel  2 = Synkope einmalig  3 = Synkope rezidivierend  4 = synkopenbedingte Verletzung  5 = Herzinsuffizienz  8 = Symptome einer Vorhofflropfung: spontan oder infolge Schrittmachersyndrom  9 = asymptomatisch unter externer Stimulation  99 = sonstiges</p>	<p>das zur Indikationsstellung der Schrittmacherversorgung führende Symptom</p> <p>Im Falle von wiederholten unklaren Stürzen darf nach einer entsprechenden Diagnostik, die einen Bewusstseinsverlust als Ursache der Stürze wahrscheinlich macht, Synkope als führendes Symptom der Schrittmacherimplantation angegeben werden.</p>
18	Herzinsuffizienz	<p>0 = nein  1 = ja, NYHA I  2 = ja, NYHA II  3 = ja, NYHA III  4 = ja, NYHA IV</p>	-
19	führende Indikation zur Schrittmacherimplantation	<p>1 = AV-Block I, II oder III  5 = Schenkelblock (mit Zusammenhang zur Bradykardie)  6 = Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalelem/persistierendem Vorhofflimmern)  7 = Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern  8 = Karotis-Sinus-Syndrom (CSS)  9 = Vasovagales Syndrom (VVS)  10 = kardiale Resynchronisationstherapie (bei Fällen ohne Bradykardie bzw. bei Upgrade auf CRT-P)  99 = sonstiges</p>	<p>Ist die führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ein AV-Block nach einer geplanten oder durchgeführten Ablation des AV-Knotens bzw. des HIS-Bündels, ist hier AV-Block als führende Indikation zu dokumentieren. Dies gilt auch, wenn der Schrittmacher noch vor der Ablation implantiert wird.</p> <p>Ein AV-Block I. Grades als führende Indikation zur Schrittmacherimplantation ist eine rein hämodynamische Indikation zur Stimulation bei langer PQ-Zeit und Symptomen, die einem Schrittmachersyndrom ähneln (wie Symptome einer Vorhofflropfung).</p> <p>Paroxysmales/persistierendes Vorhofflimmern, d.h. Vorhofflimmern in der Anamnese oder intraoperativ ist nicht unter "Bradykardie bei permanentem Vorhofflimmern" sondern unter "Sinusknotensyndrom (SSS) inklusive BTS (bei paroxysmalelem/persistierendem Vorhofflimmern)" zu dokumentieren.</p> <p>„Kardiale Resynchronisationstherapie“ ist anzugeben bei Patientinnen und Patienten mit CRT-P-Implantation,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die keine Bradykardie und somit keine konventionelle Schrittmacherindikation aufweisen</li> <li>• oder bei denen ein Upgrade von einem konventionellen Schrittmachersystem auf ein CRT-P-System durchgeführt wird.</li> </ul> <p>Handelt es sich um eine De-novo-Implantation des CRT-P-Systems bei vorhandener bradykarder Rhythmusstörung ist die zugrundeliegende Rhythmusstörung bzw. Erkrankung (= primäre Schrittmacherindikation) anzugeben.</p>
20	Ätiologie	<p>1 = angeboren  2 = neuromuskulär  3 = infarktbedingt  4 = AV-Knoten-Ablation durchgeführt/geplant  5 = sonstige Ablationsbehandlung  6 = herzchirurgischer Eingriff  7 = Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)  9 = sonstige/unbekannt</p>	<p>Höhergradige AV-Blockierungen, die als Komplikation einer Ablationsbehandlung aufgetreten sind und die Schrittmacherindikation begründen, sind unter "sonstige Ablationsbehandlung" zu dokumentieren.</p> <p>Unter "sonstige/unbekannt" sind - da nicht leitlinienrelevant - u. a. zu verstehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kardiomyopathisch (entzündlich, chronisch, akut)</li> <li>• arteriosklerotisch</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• systemerkrankungsbedingt</li> <li>• toxisch</li> <li>• degenerativ</li> </ul>
<b>wenn Feld 19 = 1 und wenn Feld 20 = 3</b>			
21	Zeit zwischen Auftreten des Infarkts und der Schrittmacherimplantation	1 = unter 5 Tage 2 = 5 Tage oder länger 9 = unbekannt	-
<b>wenn Feld 19 = 1 und wenn Feld 20 = 7</b>			
22.1	Datum der TAVI	Format: TT.MM.JJJJ	Es soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
22.2	Datum der TAVI nicht bekannt	1 = ja	-
<b>wenn Feld 19 = 10</b>			
23	erwarteter Anteil ventrikulärer Stimulation	0 = keine erwartete ventrikuläre Stimulation 1 = < 20 % 2 = >= 20 %	-
24	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja, nicht insulinpflichtig 2 = ja, insulinpflichtig	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1: Nach den Kriterien der WHO bzw. der American Diabetes Association (ADA) kann ein Diabetes mellitus dann diagnostiziert werden, wenn klassische Symptome (verstärkter Durst und Harndrang, Abgeschlagenheit, Juckreiz) und ein Gelegenheitsblutzucker über 200 mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) an mindestens zwei Messzeitpunkten vorliegen. Die Insulinpflichtigkeit bezieht sich nicht allein auf die primäre Insulinpflichtigkeit (Diabetes mellitus Typ I) sondern auf die tatsächliche, aktuelle Behandlung des Patienten mit Insulin. Sie schließt damit die sekundäre Insulinpflichtigkeit bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II ein.
25	Nierenfunktion/Serum Kreatinin	1 = <= 1,5 mg/dl (<= 133 µmol/l) 2 = > 1,5 mg/dl (> 133 µmol/l) bis <= 2,5 mg/dl (<= 221 µmol/l) 3 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), nicht dialysepflichtig 4 = > 2,5 mg/dl (> 221 µmol/l), dialysepflichtig 8 = unbekannt	Eine beginnende Einschränkung der Nierenfunktion (Niereninsuffizienz) kann angenommen werden, wenn der Serum- Kreatininwert über dem Referenzwert des jeweiligen Nachweisverfahrens liegt. Um diesen unterschiedlichen Referenzwerten Rechnung zu tragen, soll hier einheitlich eine Niereninsuffizienz erst bei einem Serum-Kreatininwert von > 1,5 mg/dl bzw 133 µmol/l eingetragen werden. Maßgeblich sind die während des Aufenthaltes erhobenen Befunde. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich dem Eingriff am nächsten liegende Befund (ggf. auch erst nach dem Eingriff) zu verwenden.

## Präoperative Diagnostik

### Indikationsbegründende EKG-Befunde

26	Vorhoffrhythmus	1 = normofrequenter Sinusrhythmus (permanent) 2 = Sinusbradykardie/SA-Blockierungen (persistierend oder intermittierend) 3 = paroxysmales/ persistierendes Vorhofflimmern/-flattern 4 = permanentes Vorhofflimmern 5 = Wechsel zwischen Sinusbradykardie und Vorhofflimmern (BTS) 9 = sonstige	(1) gemeint ist eine normale Sinusknotenerregung  <u>Differenzierung von persistierendem (3) und permanentem Vorhofflimmern (4):</u> Als persistierendes Vorhofflimmern wird eine anhaltende Rhythmusstörung bezeichnet, die sich medikamentös oder elektrisch in den Sinusrhythmus zurückführen lässt. Als permanentes Vorhofflimmern wird die anhaltende Vorhoffrhythmusstörung bezeichnet, die nicht mehr in einen Sinusrhythmus überführt werden kann. Die Kardioversion bleibt erfolglos.
27	AV-Block	0 = keiner 1 = AV-Block I. Grades, Überleitung <= 300 ms 2 = AV-Block I. Grades, Überleitung > 300 ms 3 = AV-Block II. Grades, Typ Wenckebach 4 = AV-Block II. Grades, Typ Mobitz (oder infranodal 2:1) 5 = AV-Block III. Grades (oder hochgradiger AV-Block) 6 = nicht beurteilbar wegen Vorhofflimmerns 7 = AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/ durchgeführt)	Mit Schlüssel "AV-Block nach HIS-Bündel-Ablation (geplant/ durchgeführt)" ist ein AV-Block nach einer bereits durchgeführten oder geplanten HIS-Bündel-Ablation zu dokumentieren.  hochgradiger AV-Block: Bei Patienten im Sinusrhythmus besteht ein hochgradiger AV-Block, wenn eine AV-Überleitungsblockade von 3:1 oder höher vorliegt. Bei Patienten mit Vorhofflimmern bedeutet dies in der Regel eine Kammerfrequenz von unter 40/min.
28	intraventrikuläre Leitungsstörungen	0 = keine 1 = Rechtsschenkelblock (RSB) 2 = Linksanteriöer Hemiblock (LAH) + RSB 3 = Linksposteriöer Hemiblock (LPH) + RSB 4 = Linksschenkelblock 5 = alternierender Schenkelblock 6 = kein Eigenrhythmus 9 = sonstige	-

<b>wenn Feld 28 &lt;&gt; 6</b>			
29	QRS-Komplex	1 = < 120 ms 2 = 120 bis < 130 ms 3 = 130 bis < 140 ms 4 = 140 bis < 150 ms 5 = >= 150 ms	-

<b>wenn Feld 19 IN (6;8;9)</b>			
30	Pausen außerhalb von Schlafphasen	0 = keine Pause 1 = <= 3 s 2 = > 3 s bis <= 6 s 3 = > 6 s 4 = nicht bekannt	Die Information über die Pausen stammt oft aus dem Langzeit-EKG, die Pausen können auch aus dem Ruhe-EKG stammen, selten aus einer Monitorüberwachung im Krankenhaus.

<b>wenn Feld 19 IN (6;9)</b>			
31	Zusammenhang zwischen Symptomatik und Bradykardie/Pausen	0 = kein Zusammenhang 1 = wahrscheinlicher Zusammenhang 2 = EKG-dokumentierter Zusammenhang 3 = keine Bradykardie / keine Pausen	-

### Linksventrikuläre Funktion

32.1	Ejektionsfraktion	<b>Angabe in: %</b> <b>Gültige Angabe: 0 - 100 %</b>	Hier bitte den durch Echokardiogramm, Ventrikulografie oder andere Verfahren ermittelten Wert eintragen. Ggf. ist derjenige Wert zu dokumentieren, der ein Intervall von Werten am besten repräsentiert.
32.2	EF nicht bekannt	1 = ja	-

### Zusätzliche Kriterien

<b>wenn Feld 19 IN (1;5;7;8;9)</b>			
33	AV-Knotendiagnostik	0 = nicht durchgeführt 1 = Nachweis spontaner infrahisärer AV-Blockierungen in EPU 2 = HV-Zeit >= 70 ms oder Provokation von infrahisären Blockierungen in EPU 3 = positiver Adenosin-Test 4 = kein pathologischer Befund	Falls mehrere der unter den Schlüsseln 1 bis 3 aufgeführten Befunde vorliegen, ist der wichtigste/für die Indikation entscheidende Befund zu dokumentieren.

<b>wenn Feld 19 IN (8;9)</b>			
34	neurokardiogene Diagnostik	0 = keine 1 = Karotissinusmassage mit synkopaler Pause > 3 s 2 = Kipptisch positiv (mit synkopaler Pause > 3 s) 3 = beides	-

<b>wenn Feld 19 = 6</b>			
35	chronotrope Inkompetenz bei Erkrankung des Sinusknotens	0 = nein 1 = ja	nicht adäquater Anstieg der Sinusknotenfrequenz unter Belastung

<b>wenn Feld 19 = 10</b>			
36	konservative Therapie ineffektiv/ unzureichend	0 = nein 1 = ja	z.B. Therapie mit Antiarrhythmika oder Ablation

### Operation

37	OP-Datum	<b>Format: TT.MM.JJJJ</b>	<b>OPS-Datum:</b> 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.
38	Operation	-	Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahme- (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2024 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2023 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2023 aufgenommen worden ist.

### Zugang des implantierten Systems

<b>wenn Feld 38 = Downgrade/Leadless-Pacemaker</b>			
39.1	Vena cephalica	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.2	Vena subclavia	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs
39.3	andere	1 = ja	Bei Wechsel Angabe des letztlich verwendeten Zugangs

### Weitere Angaben zur Operation

40	Dauer des Eingriffs	<b>Angabe in: Minuten</b> <b>Gültige Angabe: &gt;= 1 Minuten</b> <b>Angabe ohne Warnung: 5 - 240 Minuten</b>	Als Schnitt-Nahtzeit zählt die Zeitspanne von der ersten Verletzung der Haut (Schnitt/Punktion) bis zum Verschluss (Naht/Punktionsverschluss).
41.1	Dosis-Flächen-Produkt	<b>Angabe in: (cGy)* cm<sup>2</sup></b> <b>Gültige Angabe: &gt;= 0 (cGy)* cm<sup>2</sup></b> <b>Angabe ohne Warnung: &lt;= 50000 (cGy)* cm<sup>2</sup></b>	Bei Werten nahe 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> kann 0 (cGy)* cm <sup>2</sup> als Wert eingetragen werden.

41.2	Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt	1 = ja	Dieses Feld ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine Durchleuchtung durchgeführt wurde, aber das Dosis-Flächen-Produkt nicht bekannt ist.
41.3	keine Durchleuchtung durchgeführt	1 = ja	-

## Implantiertes System

### Schrittmachersystem

42	System	1 = VVI 2 = AAI 3 = DDD 4 = VDD 5 = CRT-System mit einer Vorhofsonde 6 = CRT-System ohne Vorhofsonde 7 = Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator (VVI) 9 = sonstiges	Bitte wählen Sie den Schlüsselwert, der dem maximal möglichen Funktionsumfang des implantierten Systems entspricht. <ul style="list-style-type: none"> <li>VVI: 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>Leadless Pacemaker/intrakardialer Pulsgenerator: direkt in der Herzkammer platzierter Schrittmacher ohne Sonde(n)</li> <li>sonstiges: SM-Aggregat mit Sondenkonfigurationen, die von den o.g. Schlüsseln (1 bis 7) nicht erfasst werden</li> </ul>
43	Sonde am HIS-Bündel implantiert	0 = nein 1 = ja	-

### Schrittmachersonden

#### Vorhof

##### wenn Feld 42 IN (2;3;5;9)

44.1	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	intraoperative Messung
44.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = wegen Vorhofflimmerns 9 = aus anderen Gründen	-

##### wenn Feld 42 IN (2;3;4;5;9)

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

#### Ventrikel

### Rechter Ventrikel (bzw. HIS-Bündel)

##### wenn Feld 42 IN (1;3;4;5;6;7;9) oder wenn Feld 43 = 1

46.1	Reizschwelle	Angabe in: V Gültige Angabe: $\geq 0$ V Angabe ohne Warnung: $\leq 9,9$ V	Intraoperative Messung Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). 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.
46.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur Pace-/Sense-Sonde des Schrittmachersystems (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). 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.

47.1	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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). 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.
47.2	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 (bzw. die Angaben zum Leadless Pacemaker/intrakardialen Pulsgenerator). 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.

### Linker Ventrikel

48	Linksventrikuläre Sonde aktiv?	0 = nein 1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.
----	--------------------------------	--------------------	---

wenn Feld 48 = 1

49.1	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.
49.2	Reizschwelle nicht gemessen	1 = ja	Bitte dokumentieren Sie in diesem Datenfeld die Angaben zur linksventrikulären Sonde des CRT-P-Systems.

### Peri- bzw. postoperative Komplikationen

50	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 50 = 1

51.1	kardiopulmonale Reanimation	1 = ja	-
51.2	interventionspflichtiger Pneumothorax	1 = ja	-
51.3	interventionspflichtiger Hämatothorax	1 = ja	-
51.4	interventionspflichtiger Perikarderguss	1 = ja	-
51.5	interventionspflichtiges Taschenhämatom	1 = ja	-
51.6	Sonden- bzw. Systemdislokation	1 = ja	Sonden- bzw. Systemdislokation, welche die Funktion des SM-Systems beeinträchtigt
51.7	Sonden- bzw. Systemdysfunktion	1 = ja	-
51.8	postoperative Wundinfektion	1 = ja	<b>Es gelten die allgemeinen Prinzipien der KISS-Definition für postoperative Wundinfektionen</b>  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.
51.9	interventionspflichtige Komplikation(en) an der Punktionsstelle	1 = ja	-
51.10	sonstige interventionspflichtige Komplikation	1 = ja	Sonstige behandlungsbedürftige Komplikationen als Folge des Eingriffs

wenn Feld 51.6 <> LEER

52.1	Sondendislokation im Vorhof	1 = ja	-
52.2	Sonden- bzw. Systemdislokation im Ventrikel	1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dislokation einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.

wenn Feld 51.7 <> LEER

53.1	Sondendysfunktion im Vorhof	1 = ja	-
------	-----------------------------	--------	---

53.2	Sonden- bzw. Systemdysfunktion im Ventrikel	1 = rechter Ventrikel 2 = linker Ventrikel 3 = beide	Dysfunktion einer HIS-Bündel-Sonde bitte unter "rechter Ventrikel" eintragen.
<b>Entlassung</b>			
54	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.  <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2023 bis zum 10.01.2023 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2023 bis zum 20.01.2023 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2023 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2023
55.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1  § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
55.2	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.
56	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 2024 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2023 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2023 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