



## Ausfüllhinweise Karotis-Revaskularisation (10/2)

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

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
<b>Teildatensatz Basis (B)</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1	Institutionskennzeichen	-	<p>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.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	behandelnder Standort (OPS)	-	<p>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>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.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Betriebsstätten-Nummer	-	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Fachabteilung	-	<p><b>Achtung:</b> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

6	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.
7	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9.1	Körpergröße	Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 120 - 230 cm	Bitte die Körpergröße des Patienten in ganzen Zentimetern angeben.
9.2	Körpergröße unbekannt	1 = ja	-
10.1	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.
10.2	Körpergewicht unbekannt	1 = ja	-
11	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.

### Klinische Diagnostik

12	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	Bitte ja angeben, wenn der Patient medikamentös behandelt wird, bzw. der Nüchternblutzucker über 110 mg/dl (6,1 mmol/l) liegt.
13	präprozedurale Nierenersatztherapie	0 = nein 1 = akut 2 = chronisch	"akut" ist zu dokumentieren, wenn bei dem Patienten präprozedural eine Nierenersatztherapie durchgeführt wird, jedoch noch kein Dialyse-Shunt oder Peritonealdialysekatheter appliziert wurde.

wenn Feld 13 = 0

14.1	Kreatininwert i.S. in mg/dl	Angabe in: mg/dl Gültige Angabe: >= 0 mg/dl Angabe ohne Warnung: 0,2 - 12 mg/dl	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der aktuellen Prozedur. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.
14.2	Kreatininwert i.S. in µmol/l	Angabe in: µmol/l Gültige Angabe: >= 0 µmol/l Angabe ohne Warnung: 18 - 1060 µmol/l	Dokumentiert werden soll der letzte gemessene Wert vor der aktuellen Prozedur. Wenn nicht vorliegend, kann auf zeitlich nahe liegende Vorbefunde zurückgegriffen werden. Liegen mehrere verschiedene Befunde vor, ist der zeitlich der Prozedur am nächsten liegende Befund (vor der Prozedur) zu verwenden.
14.3	Kreatininwert i.S. unbekannt	1 = ja	-
15	Lag vor der Prozedur ein Schlaganfall vor?	0 = nein 1 = ja, ischämischer Schlaganfall mit Rankin 0-5 vor elektivem Eingriff 2 = ja, akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall vor Notfall-Eingriff	akuter/progredienter ischämischer Schlaganfall: 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.
16	Karotisläsion rechts	0 = nein, keine Läsion rechts 1 = ja, asymptomatische Läsion rechts 2 = ja, symptomatische Läsion rechts (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	-

wenn Feld 16 = 2 und wenn Feld 15 = 0

17.1	symptomatische Karotisläsion rechts (elektiv)	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	-
17.2	symptomatische Karotisläsion rechts (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	-

wenn Feld 17.2 = LEER und wenn Feld 16 = 2

18.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der rechten Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	-
18.2	Es wurde kein Eingriff an der rechten Karotis vorgenommen.	1 = ja	-
19	Karotisläsion links	0 = nein, keine Läsion links 1 = ja, asymptomatische Läsion links 2 = ja, symptomatische Läsion links (cerebrale oder okuläre Symptomatik, die mit der Läsion assoziiert ist)	-

wenn Feld 19 = 2 und wenn Feld 15 = 0

20.1	symptomatische Karotisläsion links (elektiv)	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = ipsilaterale Hemisphären TIA 9 = sonstige	-
20.2	symptomatische Karotisläsion links (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	-

wenn Feld 20.2 = LEER und wenn Feld 19 = 2

21.1	Zeitraum letztes Ereignis, das auf die Stenose an der linken Karotis zurückzuführen ist, bis zum ersten Eingriff an dieser Seite während dieses Aufenthaltes	Angabe in: Tage Gültige Angabe: >= 0 Tage Angabe ohne Warnung: <= 180 Tage	-
21.2	Es wurde kein Eingriff an der linken Karotis vorgenommen.	1 = ja	-
22	Schweregrad der Behinderung (bei Aufnahme)	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-

## Apparative Diagnostik

23	Stenosegrad rechts (nach NASCET-Kriterien)	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-
24	Stenosegrad links (nach NASCET-Kriterien)	Angabe in: Prozent Gültige Angabe: 0 - 100 Prozent	-
25	sonstige Karotisläsionen der rechten Seite	0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 25 = 1

26.1	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	1 = ja	-
26.2	Aneurysma	1 = ja	-
26.3	symptomatisches Coiling	1 = ja	-

26.4	Mehretagenläsion	1 = ja	-
26.5	sonstige	1 = ja	-
27	sonstige Karotisläsionen der linken Seite	0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 27 = 1</b>			
28.1	exulzierende Plaques mit thrombotischer Auflagerung	1 = ja	-
28.2	Aneurysma	1 = ja	-
28.3	symptomatisches Coiling	1 = ja	-
28.4	Mehretagenläsion	1 = ja	-
28.5	sonstige	1 = ja	-
29	Veränderung des Schweregrades der Behinderung bis zum (ersten) Eingriff?	0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 29 = 1</b>			
30	Schweregrad der Behinderung (unmittelbar vor dem Eingriff)	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischen Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	-
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>

## Teildatensatz Prozedur (PROZ)

### Eingriff / Prozedur

31	Wieviele Prozedur während dieses Aufenthaltes?	<b>Gültige Angabe:</b> >= 1 <b>Angabe ohne Warnung:</b> <= 10	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 (Enderarteriektomien, 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.
32	Datum des Eingriffs	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	<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.
33.1	Einstufung nach ASA-Klassifikation (vor dem Eingriff)	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	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 Bauchaortenaneurysma) [...]"
33.2	ASA-Einstufung liegt nicht vor	1 = ja	-
34	Form der Anästhesie	1 = Allgemeinanästhesie 2 = loko-regionale Anästhesie 3 = Analgosedierung	-
35	Indikation	1 = elektiver Eingriff 2 = Notfall bei Aufnahme 3 = Notfall wegen Komplikationen	-
36	therapierte Seite	1 = rechts 2 = links	-
37	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes an dieser Seite?	<b>Gültige Angabe:</b> >= 1 <b>Angabe ohne Warnung:</b> <= 99	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 Shunters und Bypasses, Patchplastiken, andere plastische Rekonstruktionen) sowie interventionelle/ kathetergestützte Eingriffe (perkutan-transluminale Angioplastien (PTA), perkutan-transluminale Implantationen von Stents).
38	Prozedur(en)	-	In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals <b>Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung</b> eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Code und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Code 5-381.01 (Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus) als Einschlussprozedur für den Datensatz Karotis-Revaskularisation ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Codes sind somit 5-381.01:R, 5-381.01:L oder 5-381.01:B. Die Dokumentation des Codes 5-381.01 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2024 durchgeführte Eingriffe sind z.B. noch nach dem im Jahre 2023 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2023 aufgenommen worden ist.
39	Art des Eingriffs	1 = Offene Operation 2 = PTA / Stent 3 = Umstieg PTA / Stent auf offene Operation 4 = PTA und PTA/Stent als Zugang zu intrakranieller Prozedur 5 = Offene Operation als Zugang zu intrakranieller Prozedur	-
<b>wenn Feld 39 IN (2;3;4)</b>			
40	Erfolgte eine kathetergestützte akute Schlaganfallbehandlung?	0 = nein 1 = ja, Thrombektomie 2 = ja, Behandlung eines akuten hämodynamischen Schlaganfalls	-
41	Erfolgte ein 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 = kathetergestützte, intrakranielle Thrombektomie 7 = retrograder PTA-Stent A. carotis communis 9 = sonstige	-

42	Handelt es sich um einen Erst- oder Rezidiveingriff an der gleichen Karotis?	1 = Ersteingriff (weder offene Operation noch eine PTA/Stentimplantation an der ipsilateralen A. carotis vor jetzigem Eingriff) 2 = Rezidiveingriff (ipsilateral offene chirurgische oder katheteregestützte Karotisrevaskularisation vor jetzigem Eingriff)	-
43	Wurde eine präprozedurale fachneurologische Untersuchung von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-
44	Erfolgte der Eingriff unter Gabe einer gerinnungshemmenden Medikation?	0 = nein 1 = ja	-

**wenn Feld 44 = 1**

45.1	ASS	1 = ja	-
45.2	Clopidogrel	1 = ja	-
45.3	sonstige ADP-Rezeptorantagonisten	1 = ja	-
45.4	GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten	1 = ja	-
45.5	NOAK/DOAK	1 = ja	-
45.6	Vitamin-K-Antagonisten	1 = ja	-
45.7	sonstige	1 = ja	-
46	Neuromonitoring intraprozedural durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	-

**wenn Feld 46 = 1**

47.1	SEP	1 = ja	-
47.2	MEP	1 = ja	-
47.3	EEG	1 = ja	-
47.4	Oxymetrie	1 = ja	-
47.5	Wachmonitoring	1 = ja	-
47.6	sonstige	1 = ja	-

**postprozeduraler Verlauf**

48.1	Datum der postprozeduralen fachneurologischen Untersuchung	Format: TT.MM.JJJJ	Die fachneurologische Untersuchung ist von einem Facharzt für Neurologie durchzuführen. Sind mehrere postprozedurale fachneurologische Untersuchungen während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt worden, ist das Datum der letzten Untersuchung nach dem jeweiligen Eingriff zu dokumentieren. Es soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
48.2	keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung erfolgt	1 = ja	-
49	neu aufgetretenes zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis	0 = nein 1 = ja	-

**wenn Feld 49 = 1**

50.1	TIA	1 = ja	-
50.2	Hyperperfusionssyndrom	1 = ja	-
50.3	Hirnnervenausfälle	1 = ja	-
50.4	ischämischer Schlaganfall	1 = ja	-
50.5	symptomatische intrakranielle Blutung	1 = ja	-
50.6	sonstige	1 = ja	-

**wenn Feld 50.4 = 1 oder wenn Feld 50.5 = 1**

51	Schweregrad des neurologischen Defizits	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette	-
----	---	--	---

		Aphasie 5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	
52	lokale Komplikationen	0 = nein 1 = ja	-
<b>wenn Feld 52 = 1</b>			
53.1	OP-pflichtige Nachblutung	1 = ja	-
53.2	Nervenläsion als Folge des Eingriffs	1 = ja	-
53.3	Karotisverschluss	1 = ja	-
53.4	behandlungspflichtige Komplikationen an der Punktionsstelle	1 = ja	-
53.5	Wundinfektionen	1 = ja	-
53.6	sonstige	1 = ja	-
<b>Zeile</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Allgemeiner Hinweis</b>	<b>Ausfüllhinweis</b>

## Teildatensatz Basis (B)

### Entlassung

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.  <b>Beispiel</b> 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	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.
56.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1  § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
56.2	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.

## 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