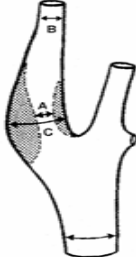


## Ausfüllhinweise Modul 10/2: Karotis-Rekonstruktion

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
1	Institutionskennzeichen	IKNr		Das IK wird bei der Datenübermittlung zwischen den Gesetzl. Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet. Die IK werden durch die Sammel- und Vergabestelle IK in St. Augustin vergeben und gepflegt. Bitte dass bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK verwenden.
1,1	Betriebsstätten-Nummer			Dieses Datenfeld dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung (immer „1“) kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
2	Fachabteilung	Fachabt	§ 301-Vereinbarung	
3	Identifikationsnummer des Patienten			Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt.
4	Geburtsdatum			
5	Geschlecht	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	
6	Aufnahmedatum Krankenhaus			Datum der Aufnahme ins Krankenhaus
7	zu operierende Seite	ZuOpSeite	1 = rechts 2 = links	
8	asymptomatische Karotisläsion	JN	1 = ja 0 = nein	Es wird nach dem Vorhandensein einer zerebralen oder okulären Symptomatik bzw. dem Nichtvorhandensein einer Symptomatik (= asymptomatisch) der zu operierenden Karotisläsion gefragt, nicht danach, ob der Patient insgesamt (z. B. auf der kontralateralen Hemisphäre) symptomatisch war.  Ein fokal-neurologisches Defizit oder eine Amaurosis fugax im ipsilateralen Stromgebiet, welches <b>länger als 6 Monate zurückliegt</b> , ist <b>nicht als neurologische Ausfallsymptomatik zu werten</b> .
9	symptomatische Karotisläsion (elektiv)	CarotElektiv	1 = Amaurosis fugax ipsilateral 2 = Ipsilateral Hemisphären TIA 3 = Apoplex mit Rankin 0-5 9 = Sonstige	
10	Zeitraum letztes Ereignis bis zur Operation			Hier kann auf Angaben des Patienten, des zuweisenden Arztes oder auch von Angehörigen zurückgegriffen werden. Ein Intervall, welches länger als 6 Monate zurückliegt, bedeutet, dass diese Stenose/Läsion als <b>asymptomatische Läsion zu gelten hat</b> .
11	symptomatische Karotisläsion (Notfall)	CarotNotfall	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem Schweregrad)	1 = Crescendo-TIA (rezidivierend auftretendes, transientes, fokal-neurologisches Defizit im Versorgungsgebiet der Arteria carotis interna m. zunehmender Frequenz, mehreren Episoden an einem oder mehreren Tagen m. zunehmender Dauer und zunehmendem

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
			2 = akuter/progredienter Apoplex 9 = Sonstige	Schweregrad) 2 = Akuter/progredienter Apoplex Bei einem <b>akuten Schlaganfall</b> handelt es sich um ein plötzlich einsetzendes neurologisches Defizit mit Hemiplegie, Hemiparese, Aphasie, Blickwendung und ggf. einsetzenden Bewusstseinsstörungen. Beim <b>progredienten Apoplex</b> („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 = Sonstige
12	Schweregrad der Behinderung	SchweBehind	0 = Rankin 0: Kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: Leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: Mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: Schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: Invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	Die Rankinskala dient der Qualifizierung des neurologischen Defizits nach Schlaganfall entsprechend den Schlüsseln im Datensatz
13	präoperative fachneurologische Untersuchung	JN	1 = ja 0 = nein	Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden. Entsprechend Item 70
14	Einstufung nach ASA-Klassifikation	ASA	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	Risikoklassifikation ASA = American Society of Anesthesiologists
15	Duplexsonographie	JN	1 = ja 0 = nein	Bei den Angaben zur Diagnostik sind aktuelle, als Dokument vorliegende Befunde gemeint, unabhängig, ob ambulant oder stationär erbracht (Items 15-22).
16	transkranielle Doppler- oder Duplexsonographie	JN	1 = ja 0 = nein	
17	intravenöse digitale Subtraktionsangiographie	JN	1 = ja 0 = nein	
18	intraarterielle digitale Subtraktionsangiographie	JN	1 = ja 0 = nein	
19	Spiral-CT-Angiographie	JN	1 = ja 0 = nein	
20	Magnetresonanztomographie	JN	1 = ja 0 = nein	
21	Kraniale Computertomographie	JN	1 = ja 0 = nein	
22	Kraniale Magnetresonanztomographie	JN	1 = ja 0 = nein	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
23	unauffällig	JN	1 = ja 0 = nein	Hier ist der morphologische Befund im Schädel-CT bzw. MRT im rechten bzw. linken vorderen Stromgebiet gemeint. <b>(Items 23-30)</b>
24	Lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie	Jleer	1 = ja	
25	hämodynamischer Infarkt	Jleer	1 = ja	
26	territorialer Infarkt	Jleer	1 = ja	
27	unauffällig	JN	1 = ja 0 =nein	
28	Lakunärer Infarkt/Mikroangiopathie	Jleer	1 = ja	
29	hämodynamischer Infarkt	Jleer	1 = ja	
30	territorialer Infarkt	Jleer	1 = ja	
31	Stenosegrad links			Hier soll der Stenosegrad der extra kraniellen Arteria carotis interna links angegeben werden. Ein Verschluss entspricht einem Stenosegrad von 100%.
32	Stenosegrad rechts			Hier soll der Stenosegrad der extra kraniellen Arteria carotis interna rechts angegeben werden. Ein Verschluss entspricht einem Stenosegrad von 100%.
33	verwendetes Kriterium	Kriterium	1 = NASCET 2 = ECST 3 = Ultraschall (DEGUM)	<p>Der Stenosegrad soll exakt berechnet werden nach den jeweiligen angiographischen Messverfahren:</p> <p><b>NASCET</b> North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial beschreibt Stenosegrad, bezogen auf den Durchmesser der ACI distal der Stenose im Bereich der wieder parallel laufenden Arterienwand</p> <p><b>ECST</b> European Carotid Surgery Trial beschreibt den lokalen Stenosegrad bezogen auf den gedachten Lumendurchmesser im Stenosenbereich</p>  <p><b>distaler Stenosegrad (NASCET)</b></p> $\frac{B - A}{B} * 100\%$ <p><b>lokaler Stenosegrad (ECST)</b></p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				$\frac{C - A}{C} * 100\%$ <p><b>Ultraschall-Kriterien</b> Es wird auf die Kriterien zur Dopplersonographie nach Widder verwiesen (s. Tabelle 1 im Anhang).</p>
34	sonstige Karotisläsionen der zu operierenden Seite	JN	1 = ja 0 = nein	
35	exulcerierende Plaques	Jleer	1 = ja	
36	Aneurysma	Jleer	1 = ja	
37	symptomatisches Coiling	Jleer	1 = ja	
38	Mehretagenläsion	Jleer	1 = ja	
39	Sonstige	Jleer	1 = ja	
40	medikamentöse Thromboseprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	
41	OP-Datum			
42	Operation OPS-301	OPS301		
42,1	OPS-301-Version	OPSVersion	1 = OPS-301 Version 1.1 2 = OPS-301 Version 2.0 3 = OPS-301 Version 2.1 4 = OPS-301 Version 2004	
43	Allgemeinanästhesie	JN	1 = ja 0 = nein	Systemische Anästhetikagabe, die einen Zustand des Bewusstseinsverlustes und der Empfindungslosigkeit hervorruft, in dem ein chirurgischer Eingriff ohne Abwehrreaktionen möglich ist.
44	Loco-Regionalanästhesie	JN	1 = ja 0 = nein	Regionale Leitungsanästhesie durch periphere oder zentrale Leitungsblockade kombiniert mit lokaler Infiltrationsanästhesie.
45	Dauer des Eingriffs (Schnitt-Nahtzeit)			
46	Rezidiveingriff	JN	1 = ja 0 = nein	
47	Shunt-Einlage	JN	1 = ja 0 = nein	
48	konventionelle TEA mit Patch	KonvTEAPa	0 = Nein 1 = Vene 2 = PTFE 3 = Polyurethan 4 = Dacron 9 = Sonstige	
49	Eversions-TEA	JN	1 = ja 0 = nein	
50	Karotis-Interponat	CarInterPo	0 = nein 1 = Vene 2 = PTFE 3 = Dacron 9 = Sonstige	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
51	sonstige Operationsverfahren	SonstOP	0 = nein 1 = Externa-Plastik 2 = Carotido-carotidaler Bypass 9 = Sonstige	
52	zusätzliche intraoperative Maßnahmen	JN	1 = ja 0 = nein	
53	Angioplastie	Jleer	1 = ja	
54	Stent	Jleer	1 = ja	
55	Lyse	Jleer	1 = ja	
56	Sonstige	Jleer	1 = ja	
57	Gesamtabklemdauer			
58	Neuro-Monitoring	JN	1 = ja 0 = nein	
59	SEP	Jleer	1 = ja	
60	EEG	Jleer	1 = ja	
61	Oxymetrie	Jleer	1 = ja	Hierbei handelt es sich um die jugularvenöse Oxymetrie
62	Sonstige	Jleer	1 = ja	
63	intraoperative Kontrolle	InOpKontr	0 = nein 1 = Sonographie 2 = Angiographie 3 = Angioskopie 9 = Sonstige	
64	Simultaneingriff	SimultanEin	0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 9 = Sonstige	
65	Zweit-Op im gleichen stationären Aufenthalt	ZweitOP	0 = nein 1 = Aorto-koronarer Bypass 2 = periphere arterielle Rekonstruktion 3 = Aortenrekonstruktion 4 = Operation der kontralateralen Arteria carotis interna 9 = Sonstige	
66	postoperative Kontrolle der Strombahn	JN	1 = ja 0 = nein	
67	Doppler/Duplex	Jleer	1 = ja	
68	Angiographie	Jleer	1 = ja	
69	Sonstige	Jleer	1 = ja	
70	postoperative fachneurologische Untersuchung	JN	1 = ja 0 = nein	Diese Untersuchung sollte von einem Facharzt für Neurologie durchgeführt werden. Entsprechend Item 13
71	neurologisches Defizit bis zur Entlassung	NeuroDefEntl	0 = Nein 1 = TIA 2 = Perioperativer Schlaganfall	Hier bitte jede perioperativ neu aufgetretene ipsi- und/oder kontralateral neurologische Defizite angeben.
72	Schweregrad des neurologischen Defizits bei Entlassung	SchweBehinE	0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit nachweisbar 1 = Rankin 1: Apoplex mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit 2 = Rankin 2: Leichter Apoplex mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder	72 kommt nur zur Anwendung, wenn ein <b>perioperativer Schlaganfall</b> vorliegt. <b>71=2</b>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
			leichter Aphasie 3 = Rankin 3: Mittelschwerer Apoplex mit deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: Schwerer Apoplex, Gehen nur mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie 5 = Rankin 5: Invalidisierender Apoplex: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig 6 = Rankin 6: Apoplex mit tödlichem Ausgang	
73	Untersuchung durchgeführt	Jleer	1 = ja	
74	unauffällig	Jleer	1 = ja	Der CT und/oder MRT-morphologische Befund bezieht sich auf ein etwaiges perioperatives neurologisches Defizit <b>Items 74-78</b>
75	ischämischer Territorialinfarkt	Jleer	1 = ja	
76	hämodynamischer Infarkt	Jleer	1 = ja	
77	parenchymatöse Blutung	Jleer	1 = ja	
78	Sonstige	Jleer	1 = ja	
79	lokale Komplikationen	JN	1 = ja 0 = nein	Zu dokumentieren sind <b>behandlungsbedürftige</b> Komplikationen
80	OP-pflichtige Nachblutung	Jleer	1 = ja	
81	periphere Nervenläsion	Jleer	1 = ja	
82	Karotisverschluss	Jleer	1 = ja	
83	Sonstige	Jleer	1 = ja	
84	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe zur postoperativen (eingriffsbezogenen) Wundinfektion. Wenn die Angabe mit <b>1 = Ja</b> beantwortet worden ist (Item 84) ist <b>die Einteilung der Wundinfektion nach CDC-Klassifikation</b> (Item 85) anzugeben:  Allgemeine Prinzipien der CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen Als Reaktion auf das Vorhandensein von Mikroorganismen oder ihrer Toxine liegen lokale oder systemische Infektionszeichen vor. Es dürfen keine Hinweise existieren, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme in das Krankenhaus vorhanden oder in der Inkubationsphase war. Außerdem gilt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Entscheidung über das Vorhandensein einer Infektion erfolgt unter Berücksichtigung klinischer Daten und der Ergebnisse von paraklinischen Untersuchungen.</li> <li>• Die klinischen Hinweise können aus der direkten Patientenbeobachtung gewonnen oder den Krankenunterlagen entnommen werden</li> <li>• Laborbefunde können kulturelle Befunde sein, Ergebnisse serologischer Untersuchungen oder mikroskopischer Nachweismethoden.</li> <li>• Andere zu berücksichtigende diagnostische Untersuchungen sind: Röntgen-, Ultraschall-, CT-, MRT-, Szintigrafie- und Endoskopie-Untersuchungen, Biopsien oder Punktionen.</li> <li>• Die Diagnose des behandelnden Arztes, die aus der direkten Beobachtung während einer Operation, einer endoskopischen</li> </ul>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Untersuchung oder anderer diagnostischer Maßnahmen bzw. aus der klinischen Beurteilung resultiert, ist ebenfalls ein akzeptables Kriterium für eine Infektion, sofern nicht zwingende Gründe für die Annahme des Gegenteils vorliegen (z. B. vorläufige Diagnosen, die später nicht erhärtet werden konnten).</p> <p>Die nosokomialen Infektionen können durch endogene oder exogene Infektionserreger hervorgerufen worden sein.</p> <p>Infektionen, die mit Komplikationen oder Ausbreitungen von bereits bei der Aufnahme vorhandenen Infektionen verbunden sind, werden nicht als nosokomiale Infektionen angesehen, es sei denn, ein Erregerwechsel oder das Auftreten neuer Symptome deutet stark auf eine neu erworbene Infektion hin.</p> <p>Eine Kolonisation (Anwesenheit von Erregern auf der Haut, Schleimhaut, in offenen Wunden, in Exkreten oder Sekreten, aber ohne klinische Symptome) ist keine Infektion.</p>
85	CDC-Klassifikation	postCDC	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<p>Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit <b>1 = Ja</b> beantwortet worden ist.</p> <p><b>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</b></p> <p><b>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</b></p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, <b>und eines</b> der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision.</li> <li>2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision.</li> <li>3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, <b>und</b> Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision.</li> <li>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</li> </ol> <p><b>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</b></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat<sup>1</sup> in situ belassen), <b>und</b> Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen <b>und</b> erfasst Faszienschicht und Muskelgewebe, <b>und eines</b> der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden.</li> <li>2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient</li> </ol>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (&gt; 38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p><b>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</b></p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat<sup>1</sup> in situ belassen), <b>und</b> Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen <b>und</b> erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, <b>und</b> eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <p>1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat.</p> <p>2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet.</p> <p>3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p><sup>1</sup> Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
86	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen	JN	1 = ja 0 = nein	
87	kardiovaskuläre Komplikation(en)	Jleer	1 = ja	
88	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	Jleer	1 = ja	
89	pulmonale Komplikationen	Jleer	1 = ja	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
90	Sonstige	Jleer	1 = ja	
91	Entlassungsdatum Krankenhaus			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus
92	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10	ICD10		Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Modul der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen
92,1	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000 3 = ICD-10-GM Version 2004	
93	Entlassungsgrund	EntlGrund	§ 301-Vereinbarung	Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit <b>07 = Tod</b> beantwortet worden ist (Item 93) sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Items 94, 95).  Der Entlassungsgrund 9 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) ist auch dann anzugeben, wenn der Patient zwischenzeitlich kurzfristig nach Hause entlassen wird und seine Rehabilitationsmaßnahme von dort aus antritt.
94	Tod im Zusammenhang mit der dokumentierten Karotisrekonstruktion oder der zugrundeliegenden Erkrankung	JN	1 = ja 0 = nein	Hier ist „ja“ anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette die dokumentierte Leistung aufgeführt ist.
95	Sektion erfolgt	JN	1 = ja 0 = nein	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit <b>07 = Tod</b> beantwortet worden ist (Item 93).

Tabelle 1: Morphologische und dopplersonographische Kriterien für die Bestimmung von Stenosegraden an der A. carotis interna(modifiziert nach Neuerburg-Heusler, Henrici)

	I. Nicht-stenosierende Plaques	II. Geringgradige Stenose	III. Mittelgradige Stenose	IV. Hochgradige Stenose	V. Subtotale Stenose
<b>Lokaler Stenosierungsgrad</b>	<b>&lt; 40 %</b>	<b>40 - 60 %</b>	<b>60 - 70 %</b>	<b>70 - 90 %</b>	<b>&gt; 90 %</b>
<b>Stenosierungsgrad relativ zum distalen Lumen</b>	<b>0</b>	<b>&lt; 30 %</b>	<b>ca. 50 %</b>	<b>ca. 70 %</b>	<b>&gt; 90 %</b>
Indirekte Kriterien	kein Hinweis auf Strömungsbehinderung			A. ophthalmica: Nullströmung oder retrograd, A. carotis communis: Strömung vermindert	
Analogkurve	unauffällig	Veränderung im Audiosignal, geringe lokale Strömungszunahme	deutliche Strömungszunahme, Verlust der Pulsatilität und systolische Spitzenumkehr	starke lokale Strömungszunahme mit systolischer Spitzenumkehr	variables Stenosesignal mit Intensitätsminderung
Spektrumanalyse		Spektrumsverbreiterung	Spektrumsverbreiterung bei Intensitätszunahme des niederfrequenten Anteils	inverse Frequenzanteile im verbreiterten Spektrum	inverse Frequenzanteile bei reduziertem Spektrum
Poststenotisch	unauffällig			verminderte systolische Strömungsgeschwindigkeit	schwer auffindbares, stark reduziertes Signal
<b>Systolische Spitzenfrequenz (Stenose) bei 4 MHz Sendefrequenz</b>	<b>&lt; 4 KHz</b>	<b>&gt; 4 KHz</b>	<b>4 - 8 KHz</b>	<b>&gt; 8 KHz</b>	variabel
B-Bild-Nachweisgüte	+++	+++	++	+	+
B-mode	geringe Plaqueausdehnung		mittelgradige Lumeneinengung	hochgradige Lumeneinengung	höchstgradige Lumeneinengung
Farbdoppler	keine oder lokale Verwirbelung	segmentale systolische Strömungsbeschleunigung	umschriebene segmentale systolische und diastolische Strömungsbeschleunigung	eng umschriebene segmentale hochgradige Strömungsbeschleunigung, poststenotische Rückströmungsanteile	
Systolische Maximalgeschwindigkeit (cm/s)	< 120	> 120	> 140	> 260	variabel
Enddiastolische Maximalgeschwindigkeit (cm/s)	< 40	< 40	> 40	> 70	variabel

Vergleiche:  
 Checkliste Doppler- und Duplexsonographie  
 Helmut Kopp, Malte Ludwig  
 1999 Georg Thieme Verlag, S. 293-294