

**Ausfüllhinweise Modul 21/3: Koronarangiographie und perkutane transluminale Angioplastie (PTCA)**

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 das 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	Aufnahmedatum Krankenhaus			Datum der Aufnahme ins Krankenhaus
3	Fachabteilung	Fachabt	§ 301-Vereinbarung	
4	Identifikationsnummer des Patienten			Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt.
5	Geburtsdatum			
6	Geschlecht	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	
7	diagnostische Koronarangiographie vor diesem Aufenthalt	JNU	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ zu kodieren.
8	Katheterintervention vor diesem Aufenthalt	JNU	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Mit Katheterintervention sind jegliche Interventionen an den Koronarien gemeint (z.B. Stent, PTCA, etc.).  Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ zu kodieren.
9	Zustand nach koronarer Bypass-Op	JNU	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ zu kodieren.
10	Ejektionsfraktion unter 40%	JNFU	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = unbekannt	Nach Messung oder Einschätzung (z.B. Echokardiographie, Ventrikulographie, Szintigraphie) Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ zu kodieren.
11	Diabetes mellitus	JNU	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	WHO/NCD/NCS 99.2 Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus and its Complications Part 1  (nach den Kriterien der WHO) 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

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				mg/dl oder ein Nüchtern-Plasma-Glukosewert über 125 mg/dl (7 mmol/l) mit Wiederholungsmessung vorliegen.  Oder Diagnose vom vorbehandelnden Arzt gestellt  Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „9 = unbekannt“ zu kodieren.
12	Niereninsuffizienz	NierenInsuff	0 = nein 1 = dialysepflichtig 2 = nicht dialysepflichtig 3 = unbekannt	Nach Krankenhaus-individuellem Labor-Grenzwert.  Bei bewusstlosen Patienten ist der Schlüsselwert „3 = unbekannt“ zu kodieren.
13	akutes Koronarsyndrom (ST-Hebungsinfarkt oder Infarkt ohne ST-Hebung, aber mit Markererhöhung oder instabile Angina pectoris (Ruheangina) innerhalb der letzten 48 Stunden)	JN	1 = ja 0 = nein	Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CKMB
14	stabile Angina pectoris (nach CCS)	AngPecCCS	0 = nein 1 = CCS I (Angina pectoris bei schwerer Belastung) 2 = CCS II (Angina pectoris bei mittlerer Belastung) 3 = CCS III (Angina pectoris bei leichter Belastung) 4 = CCS IV (Angina pectoris in Ruhe)	Trifft anamnestisch sowohl das akute Koronarsyndrom als auch die Angina pectoris zu, so ist nur das akute Koronarsyndrom anzugeben.
15	objektive (apparative) Ischämiezeichen bei Belastung (Belastungs-EKG oder andere Tests)	IschaemZeich	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich 3 = nicht geprüft	andere Tests z.B. Stress-Echo, Stress-MRT, Myokard-Szintigraphie
16	kardial bedingte Ruhe- oder Belastungsdyspnoe	JN	1 = ja 0 = nein	Analog NYHA II bis IV Alleinige COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) ist darunter nicht zu subsumieren.
17	sonstige Symptomatik (z.B. Rhythmusstörungen)	JN	1 = ja 0 = nein	z.B. Atypische Angina, Synkope
18	Wievielte Prozedur während dieses Aufenthaltes?			
19	Datum der Prozedur			
20	manifeste Herzinsuffizienz	JN	1 = ja 0 = nein	zum Zeitpunkt der Behandlung (z.B. Dyspnoe, Zyanose, Lungenstauung)
21	bei Prozedurbeginn kardiogener Schock	Jleer	1 = ja	
22	Art der Prozedur	Prozedur	1 = Diagnostische Koronarangiographie 2 = PTCA 3 = einzeitig Koronarangiographie und PTCA	
23	Wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?			

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
24	Anlass der erneuten diagnostischen Koronarangiographie	AnlassErnKorAngio	1 = geplante Kontrolle ggf. mit Folge-PTCA 2 = neue Angina pectoris 3 = neuer Ischämienachweis 9 = Sonstige	2: neu/erneut aufgetreten nach der vorhergehenden Untersuchung 3: neu/erneut durchgeführt nach der vorhergehenden Untersuchung z.B. EKG, Belastungs-EKG, Stress-Echokardiographie, Szintigraphie etc.
25	führende Indikation zur Koronarangiographie (Nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)	IndikVorKorAngio	1 = V.a. KHK bzw. Ausschluss KHK 2 = Bekannte KHK 3 = Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (instabile Angina pectoris (Ruheangina)) 4 = Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (= Infarkt ohne ST-Hebung) 5 = Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24 h nach Stellung der Diagnose 6 = Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) über 24 h nach Stellung der Diagnose 7 = Elektive Kontrolle nach Koronarintervention 8 = Myokarderkrankung mit eingeschränkter Ventrikelfunktion (Ejektionsfraktion <40%) 9 = Vitium 99 = Sonstiges	Nach Einschätzung des Untersuchers vor der Koronarangiographie Bekannte KHK = Angiographisch dokumentierte Stenose $\geq$ 50% und/oder alter Herzinfarkt, der nicht unter 3 - 6 aufgeführt ist  Markererhöhung = zum Zeit der Untersuchung bekannt  Markererhöhung = Mindestens einer der Marker Troponin oder CKMB  Myokarderkrankung mit normaler Ventrikelfunktion sind unter Sonstiges zu kodieren
26	Operation OPS-301	OPS301		
26,1	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	
27	führende Diagnose nach Herzkatheter (Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Pat. am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet)	KoroDiagnose	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung 3 = funktionelle 3-Gefäßerkrankung 4 = Hauptstammstenose (nicht bypass-geschützt) ab 50% 5 = Kardiomyopathie 6 = Aortenklappenerkrankung 7 = Mitralklappenerkrankung 8 = anderes Vitium 9 = Aortenaneurysma 10 = hypertensive Herzerkrankung 99 = andere kardiale Erkrankung	Die führende Diagnose ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet <b>KHK mit Lumeneinengungen geringer als 50%</b> d.h. keine Stenose $\geq$ 50% oder ausreichende Bypass-Versorgung <b>1- oder 2-Gefäßerkrankung</b> Eine 1-oder 2 Gefäßerkrankung liegt vor, wenn ein bzw. zwei Hauptversorgungsgebiet(e) über ein natives oder Bypass-Gefäß versorgt werden, das eine jeweils mindestens 50%ige Stenose aufweist <b>3-Gefäßerkrankung</b> Eine 3-Gefäßerkrankung liegt vor, wenn drei Hauptversorgungsgebiete über native oder Bypass-Gefäße versorgt werden, die jeweils mindestens 50%ige Stenose(n) aufweisen <b>Hauptstammstenose (nicht bypassgeschützt) ab 50%</b> d.h. Hauptstammstenose der LCA Hauptstammstenosen < 50% sind unter 1 subsummiert Wenn eine Hauptstammstenose ab 50% vorliegt, ist diese als führende Diagnose unter Feld 29 (4) anzugeben.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				Zusätzliche (1-, 2- oder 3-) Gefäßerkrankungen sind unter Feld 30 zu dokumentieren. Sollte der Eingriff abgebrochen worden sein, so ist das Ergebnis der bis zum Abbruch erbrachten Leistung zu dokumentieren. Sollte überhaupt keine diagnostische Aussage möglich sein, nutzen Sie bitte Schlüssel „99 = andere kardiale Erkrankung“
28	erste Nebendiagnose nach Herzkatheter (Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die Einfluss auf den aktuellen Krankheitszustand des Pat. oder die Therapieentscheidung hat)	KoroDiagnose	0 = Ausschluss KHK 1 = KHK mit Lumeneinengung geringer als 50% 2 = funktionelle 1- oder 2-Gefäßerkrankung 3 = funktionelle 3-Gefäßerkrankung 4 = Hauptstammstenose (nicht bypass-geschützt) ab 50% 5 = Kardiomyopathie 6 = Aortenklappenerkrankung 7 = Mitralklappenerkrankung 8 = anderes Vitium 9 = Aortenaneurysma 10 = hypertensive Herzerkrankung 99 = andere kardiale Erkrankung	Nebendiagnose(n) ist (sind) die Diagnose(n) aus Voruntersuchungen und Herzkatheter, die Einfluss auf den den aktuellen Krankheitszustand des Patienten oder die Therapieentscheidung haben. Lagen früher höhergradige Gefäßstenosen an einem oder an mehreren Gefäßen vor, die aktuell nach der Herzkatheterdiagnostik nicht mehr vorliegen, so ist der frühere Zustand als Nebendiagnose zu kodieren. z.B. <b>Hauptdiagnose:</b> keine Stenose >= 50% bei <b>Nebendiagnose</b> 1- oder 2-Gefäßerkrankung
29	Therapieempfehlung	TherEmpfKorAngio	0 = keine 1 = medikamentös 2 = interventionell 3 = herzchirurgisch 4 = sonstige	Therapieempfehlung des Untersuchers aus Voruntersuchungen und Herzkatheter. Aneurysmata, Herzschrittmacher und ICD-Implantationen einschließlich nicht-koronarer Katheterinterventionen sind unter 4 subsummiert. Bei Hybrideingriffen ist der zeitlich nächste Eingriff zu dokumentieren.
30	Wieviele PTCA während dieses Aufenthaltes?			
31	Indikation zur PTCA	IndikPTCA	1 = Stabile Angina pectoris (nach CCS) 2 = Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung und ohne Markererhöhung (= instabile Angina pectoris (Ruheangina)) 3 = Akutes Koronarsyndrom ohne ST-Hebung aber mit Markererhöhung (Infarkt ohne ST-Hebung) 4 = Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) bis 24h nach Stellung der Diagnose 5 = Akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung (= ST-Hebungsinfarkt) nach 24h nach Stellung der Diagnose 6 = Stumme Ischämie 7 = Prognostische Indikation 8 = Komplikation bei oder nach vorangegangener Koronarangiographie oder PTCA 9 = sonstige	2 - 5: zum Zeitpunkt der PTCA  Stumme Ischämie = Ischämie (z.B. ST-Senkung) ohne A. pectoris in Ruhe oder unter Belastung  Hinweis: Es sind auch Interventionen während früherer Aufenthalte gemeint
32	Operation OPS-301	OPS301		
32,1	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	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
33	PTCA an	GefaessPTCA	1 = einem Versorgungsgebiet 2 = zwei Versorgungsgebieten 3 = drei Versorgungsgebieten	unabhängig von der Zahl der Stenosen „Versorgungsgebiete“ betreffen RIVA, RCX oder RCA einschließlich Bypassgefäßen
34	PTCA mit besonderen Merkmalen	JN	1 = ja 0 = nein	d.h. eines der Felder 35 bis 40
35	PTCA an komplettem Gefäßverschluss	Jleer	1 = ja	TIMI Grad 0 (kein Kontrastmitteldurchtritt)
36	PTCA eines Koronarbypasses	Jleer	1 = ja	
37	PTCA an ungeschütztem Hauptstamm	Jleer	1 = ja	nicht durch offenes Bypass-Gefäß überbrückter Hauptstamm
38	PTCA einer Ostiumstenose LAD/RCX/RCA	Jleer	1 = ja	
39	PTCA an letztem verbliebenen Gefäß	Jleer	1 = ja	Letztes natives oder Bypass-Gefäß, welches das vitale Myokard versorgt.
40	PTCA bei 3-Gefäßkrankung	Jleer	1 = ja	Eine 3-Gefäßkrankung liegt vor, wenn drei Hauptversorgungsgebiete über native oder Bypass-Gefäße versorgt werden, die jeweils mindestens 50%ige Stenose(n) aufweisen.
41	Stent(s) implantiert	JN	1 = ja 0 = nein	
42	wesentliches Interventionsziel erreicht (Nach Einschätzung des Untersuchers: im Allgemeinen angiographisch Residualveränderung des dilatierten Segments unter 50%)	JNF	0 = nein 1 = ja 2 = fraglich	
43	Durchleuchtungsdauer			
44	Flächendosisprodukt			
45	Flächendosisprodukt unbekannt	Jleer	1 = ja	
46	Kontrastmittelmenge			
47	intraprozedural auftretende Ereignisse oder Komplikationen	JN	1 = ja 0 = nein	Hier ist jeder intraprozedurale Verschluss aufzunehmen, unabhängig davon, ob dieser mit den ergänzenden therapeutischen Maßnahmen (z. B. Stent) erfolgreich zu rekanalisieren ist“.
48	koronarer Verschluss (des dilatierten Gefäßes)	Jleer	1 = ja	
49	TIA/Schlaganfall	Jleer	1 = ja	Jedes neurologische Defizit, das während der Prozedur neu auftritt: z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
50	Reanimation	Jleer	1 = ja	mit Herzdruckmassage
51	Sonstige	Jleer	1 = ja	z.B. Perikarderguss, Perforation eines Koronargefäßes, periphere Gefäßkomplikation, schwere Kontrastmittelreaktion (z.B. Schocksymptomatik, schwere Urtikaria)
52	Exitus im Herzkatheterlabor	JN	1 = ja 0 = nein	

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
53	postprozedural festgestellte Komplikationen (während dieses Aufenthaltes bis zur Verlegung/Entlassung aus der Fachabteilung, jedoch max. 36 Stunden nach der letzten Prozedur)	JN	1 = ja 0 = nein	
54	Herzinfarkt	Jleer	1 = ja	Wenn bei Infarktverdacht eine Markererhöhung vorliegt (Markererhöhung = mindestens einer der Marker Troponin, CKMB). Falls PTCA bei akutem Infarkt durchgeführt wird: V. a. erneuten Infarkt und zweiter Anstieg der Marker
55	TIA/Schlaganfall	Jleer	1 = ja	Jedes neurologische Defizit, das postprozedural neu auftritt. z.B. Sehstörung, Aphasie, Hemiparese
56	Lungenembolie	Jleer	1 = ja	Neue, postinterventionell aufgetretene Rechtsherzbelastung mit Druckerhöhung im kleinen Kreislauf und/oder direktem Embolienachweis in einem bildgebenden Verfahren
57	Komplikationen an der Punktionsstelle (z.B. Blutung, Aneurysma, Fistel)	KomplikPunktSt	1 = mit operativer Revision oder Transfusion 2 = ohne operative Revision, aber mit verlängertem stationären Aufenthalt	Bezieht sich nur auf die Komplikation an der Punktionsstelle. Wenn beides, hier 1 angeben.
58	Reanimation	Jleer	1 = ja	
59	Sonstige (z.B. Sepsis)	Jleer	1 = ja	Unabhängig vom Eingriff
60	Tod	Jleer	1 = ja	Hier ist jeder Todesfall unabhängig von der Ursache zu dokumentieren
61	Wurde wegen einer dieser Komplikationen eine koronare Notfallbypass-Operation durchgeführt?	JN	1 = ja 0 = nein	Im eigenen oder einem fremden Krankenhaus
62	Führte eine dieser Komplikationen während des Aufenthaltes im eigenen Krankenhaus zum Tode?	JN	1 = ja 0 = nein	
63	Wurde der Patient wegen einer dieser Komplikationen in ein anderes Krankenhaus verlegt?	JN	1 = ja 0 = nein	
64	Führte nach Verlegung in ein anderes Krankenhaus eine dieser Komplikationen innerhalb von 30 Tagen zum Tode?	JNU	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Freiwilliges 30-Tage-Follow-Up
65	Entlassungs-/Verlegungsdatum Fachabteilung bzw. Todesdatum			Datum der Entlassung/Verlegung aus der Fachabteilung
66	Entlassungsdatum Krankenhaus			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
67	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.
67,1	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	