

HCH (Spezifikation 2026 V03)

BASIS		10	Geburtsdatum	16	klinisch nachgewiesene(r)
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			TT.MM.JJJJJ		Myokardinfarkt(e) STEMI oder
1-2	Art der Versicherung				NSTEMI
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de [0-9][9] besonderer Personenkreis	11	Geschlecht  1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt		0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden 2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage, weniger als 91 Tage zurück 4 = ja, letzte(r) länger als 91 Tage zurück 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt
	§301 Vereinbarung	12.1	Körpergröße	17	9 = unbekannt
			cm		kardiogener Schock / Dekompensation
3	Patientenidentifizierende Daten	12.2	Körpergröße unbekannt		
3	eGK-Versichertennummer				0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden
			1= ja		2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage
	Leistungserbringeridentifizierende	13.1	Körpergewicht bei Aufnahme		3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt
4-7	Daten		kg		9 = unbekannt
4	Institutionskennzeichen http://www.arge-ik.de [0-9](9)	13.2	Körpergewicht unbekannt	18	Reanimation  0 = nein 1 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 48 Stunden
5	entlassender Standort 77/d(4)0\d(2)	14-22	Anamnese / Befund  klinischer Schweregrad der Herzinsuffizienz (NYHA- Klassifikation)		2 = ja, letzte(r) innerhalb der letzten 21 Tage 3 = ja, letzte(r) länger als 21 Tage 8 = ja, letzter Zeitpunkt unbekannt 9 = unbekannt
6	behandeInder Standort (OPS) gemäß auslösendem OPS-Kode, bei mehreren Leistungen bezogen auf die Erstprozedur 77\u00e4(4)0\u00d(2)		1 = (I): Beschwerdefreiheit, normale körperliche Belastbarkeit 2 = (II): Beschwerden bei stärkerer körperlicher Belastung	19.1	systolischer Pulmonalarteriendruck
7	Fachabteilung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de		3 = (III): Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung 4 = (IV): Beschwerden in Ruhe	1012	systolischer Pulmonalarteriendruck unbekannt
		15	Angina Pectoris		1= ja
8-13.2	Patient		nach CCS	20	Herzrhythmus
8	Identifikationsnummer des Patienten		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)		1 = Sinusrhythmus 2 = Vorhofflimmern 9 = anderer Herzrhythmus
9	Aufnahmedatum Krankenhaus				



21	Patient ist Schrittmacher- / Defi- Träger	26-27	Vorausgegangene(r) interventionelle(r) Koronareingriff (e)	31	arterielle Gefäßerkrankung 0 = nein	
	0 = nein 1 = Schrittmacher ohne CRT-System 2 = Schrittmacher mit CRT-System 3 = Defibrillator ohne CRT-System 4 = Defibrillator mit CRT-System	26	Wurde in den letzten 6 Monaten vor dem aktuellen stationären Aufenthalt ein interventioneller Koronareingriff (PCI)		1 = ja 9 = unbekannt <b>old 31 = 1</b> periphere AVK	
22	Einstufung nach ASA- Klassifikation Es ist die ASA-Einstufung der Anästhesiedokumentation zu übernehmen.		durchgeführt?  0 = nein 1 = ja		Extremitäten  0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
	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	28	Datum letzte PCI TT.MM.JJJJJ  Vor-OP(S) an Herz/Aorta mit Perikarderöffnung	33>	Arteria Carotis  0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
23.1- 25	Kardiale Befunde	28	Anzahl	34 >	Aortenaneurysma	
23.1	LVEF %		0 = 0 1 = 1 2 = 2		0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
23.2	LVEF unbekannt		3 = 3 4 = 4 5 = 5 oder mehr 8 = genaue Anzahl unbekannt (aber mind. 1) 9 = unbekannt	35 >	sonstige arterielle Gefäßerkrankung(en)	
24	Befund der koronaren Bildgebung	29- 40.2 29	Weitere Begleiterkrankungen		0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	
25	0 = keine KHK 1 = 1-Gefäßerkrankung 2 = 2-Gefäßerkrankung 3 = 3-Gefäßerkrankung 4 = keine koronare Bildgebung präoperativ erfolgt  Hauptstammstenose	29	akute Infektion(en)  1 2 3 Schlüssel 1	36	Lungenerkrankung(en)  0 = nein 1 = ja, COPD mit Dauermedikation 2 = ja, COPD ohne Dauermedikation	
		30	Diabetes mellitus		8 = ja, andere Lungenerkrankungen 9 = unbekannt	
	0 = nein 1 = ja, gleich oder größer 50%		0 = nein 1 = ja, diätetisch behandelt 2 = ja, orale Medikation 3 = ja, mit Insulin behandelt 4 = ja, unbehandelt 9 = unbekannt	37	neurologische Erkrankung(en)  0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischän 2 = ja, ZNS, andere 3 = ja, peripher 4 = ja, Kombination 9 = unbekannt	nie)



wenn Fe	eld 37 IN (1;4)
38 >	Schweregrad der Behinderung
	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
39	präoperative Nierenersatztherapie
	0 = nein
	1 = akut
	2 = chronisch
wenn Fe	eld 39 = 0
40.1>	Kreatininwert i.S. in mg/dl
	ng/dl
40.2>	Kreatininwert i.S. in µmol/l
	präoperativ (letzter Wert vor OP)
	μmol/I



PROZEDUR		48-	Weitere Eingriffe	51	Dringlichkeit
Minde	stens ein Bogen muss ausgefüllt werden	49.8			
41-56	Basisdaten		weitere Eingriffe am Herzen oder an herznahen Gefäßen		1 = elektiv
41-44	Basisdaten zum Eingriff		annorzhanon corazon		2 = dringlich
41	Wievielter Eingriff während dieses		0 = nein		3 = Notfall 4 = Notfall (Reanimation / ultima ratio)
	Aufenthaltes?		1 = ja		
		wenn Fo	eld 48 = 1	52	Nitrate (präoperativ)
42		49.1>	Eingriff an der Trikuspidalklappe		i. v.
72	Konversionseingriff				0 = nein
			1 = ja		1 = ja
	0 = nein 1 = ja	49.2 >	Fingsiff on dos Dulmonollulonno	53	Troponin positiv (präoperativ)
43			Eingriff an der Pulmonalklappe		(prasperator)
40	OP-Datum т.м.ээээ				0 = nein
			1= ja		1 = ja
		49.3 >	Eingriff am Vorhofseptum oder an	54	Inotrope (präoperativ)
44	Operation		der Vorhofwand		motropo (praoperativ)
	alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.bfarm.de				0 = nein
	1.		1= ja		1 = ja
	2.	49.4 >	Vorhofablation	55	(präoperativ) mechanische
					Kreislaufunterstützung
	3		1 = ja		
	4	49.5 >	Eingriff an herznahen Gefäßen		0 = nein
	5				1 = ja, IABP
	6		1= ja		2 = ja, ECLS/VA-ECMO 3 = ja, andere
	7	49.6>		56	
	8	40.02	Herzohrverschluss/-amputation		Wundkontaminationsklassifikation
	9				naen beninition der obe
	10		1= ja		1 = aseptische Eingriffe
45-47	Art des Eingriffs	49.7 >	interventioneller Koronareingriff		2 = bedingt aseptische Eingriffe
45	Koronarchirurgie		(PCI)		3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe
	Koronarchii urgie				
	0 = nein		1= ja		
	1 = ja	49.8 >	sonstige		
46	Aortenklappeneingriff				
			1= ja		
	0 = nein	50-56	Weitere Daten zum Eingriff		
	1 = ja	50	Patient wird beatmet		
47	Mitralklappeneingriff				
			0 = nein		
	0 = nein		1 = ja		
	0 – nem 1 = ja				



KORONARCHIRURGIE						
Höchs	Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden					
57-58	Koronarchirurgie					
57-58	Eingriff					
57	Wievielter koronarchirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?					
58	Zugang (KC)  1 = konventionelle Sternotomie					
	2 = minimalinvasiver operativer Zugang					



AOR	AORTENKLAPPENEINGRIFF					
Höchs	tens ein Bogen darf ausgefüllt werden					
59-60	Aortenklappeneingriff					
59-60	Eingriff					
59	Wievielter Aortenklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?					
60	Zugang (AORT)					
	1 = konventionelle Sternotomie					
	2 = minimalinvasiver operativer Zugang					
	3 = endovaskulärer Zugang, arteriell					
	4 = endovaskulärer Zugang, venös					
	5 = transapikaler Zugang					



MITE	MITRALKLAPPENEINGRIFF					
Höchs	Höchstens ein Bogen darf ausgefüllt werden					
61-62	Mitralklappeneingriff					
61-62	Eingriff					
61	Wievielter Mitralklappeneingriff während dieses Aufenthaltes?					
62	Zugang (MKE)					
	1 = konventionelle Sternotomie					
	2 = minimalinvasiver operativer Zugang					
	3 = endovaskulärer Zugang, arteriell					
	4 = endovaskulärer Zugang, venös					
	5 = transapikaler Zugang					



PROZEDUR			Rhythmusstörungen	
Mindestens ein Bogen muss ausgefüllt werden				
63-67	Basisdaten		1 = ja	
63-67	Eingriff	64.11	Device-Embolisation	
wenn Fe	eld 46 = 1 oder Feld 47 = 1	>>>	Device-Embolisation	
63>	intraprozedurale Komplikationen		1= ja	
		64.12		
	0 = nein	>>	vaskuläre Komplikation	
	1 = ja	_		
wenn Fe			1= ja	
0	Device-Fehlpositionierung	64.13	Low Cardiac Output	
	1 = ja		1 = ja	
64.2 >>	Koronarostienverschluss	64.14	schwerwiegende oder	
			lebensbedrohliche Blutungen (intraoperativ/intraprozedural)	
	1= ja	-	(maaparativ/maaprozodarai)	
64.3	Aortendissektion		1 = schwerwiegend	
			2 = lebensbedrohlich	
	1= ja	64.15	Patient verstarb im OP	
64.4	Aortenregurgitation > = 2. Grades	>>>	/Katheterlabor	
>>				
	1 = ja		1 = ja	
64.5	Annulus-Ruptur		eld 64.13 = 1	
>>		65>>>	Therapie des Low Cardiac Outp	ut
	1= ja			
64.6	Duntum /Dorforation airce	_	0 = keine Therapie erforderlich 1 = medikamentös	
>>	Ruptur-/Perforation einer Herzhöhle		2 = IABP	
			3 = VAD	
	1 = ohne Therapiebedarf		4 = ECMO 9 = sonstige	
	2 = mit Therapiebedarf	66	Konversion	
64.7	Perikardtamponade		Ronversion	
~			0 = nein	
	1 = ja		1 = ja, zu Sternotomie	
64.8	kardiale Dekompensation		2 = ja, zu transapikal 3 = ja, zu endovaskulär	
>>	, and the property of the prop	wenn Fr	eld 66 IN (1;2;3)	
	1= ja	67 >	Grund für die Konversion	
64.9	Hirnembolie		orana iai aie ivonversion	
>>	Tili Hellibolle		1 = Therapieziel nicht erreicht	
	1= ja		2 = intraprozedurale Komplikationen	
	, ,		9 = sonstige	



BAS	IS	76 >	Dauer des zerebrovaskulären	79.4 >	Dissektion
Genau	u ein Bogen muss ausgefüllt werden		Ereignisses		
68-77	Postoperativer Verlauf				1 = ja
68	neu aufgetretener Herzinfarkt		1 = bis einschl. 24 Stunden 2 = mehr als 24 Stunden bis einschl. 72 Stunden 3 = über 72 Stunden	79.5 >	therapiere /Hämatom
	0 = nein 1 = ja, periprozedural (innerhalb von 48 Stunden) 2 = ja, spontan (nach mehr als 48 Stunden)	77 >	Schweregrad eines neurologischen Defizits bei Entlassung		1 = ja
69	komplikationsbedingter notfallmäßiger Re-Eingriff		0 = Rankin 0: kein neurologisches Defizit	79.6 >	Ischämie
	0 = nein 1 = ja		nachweisbar  1 = Rankin 1: Schlaganfall mit funktionell irrelevantem neurologischem Defizit	79.7 >	1= ja AV-Fistel
70	postprozedural neu aufgetretene Endokarditis		2 = Rankin 2: leichter Schlaganfall mit funktionell geringgradigem Defizit und / oder leichter Aphasie 3 = Rankin 3: mittelschwerer Schlaganfall mit		1 = ja
	0 = nein		deutlichem Defizit mit erhaltener Gehfähigkeit und / oder mittelschwerer Aphasie 4 = Rankin 4: schwerer Schlaganfall, Gehen nur	79.8 >	sonstige
	1 = ja		mit Hilfe möglich und / oder komplette Aphasie		1 = ja
71	Perikardtamponade		5 = Rankin 5: invalidisierender Schlaganfall: Patient ist bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig	wenn Fe	eld 47 EINSIN (1) od
			6 = Rankin 6: Schlaganfall mit tödlichem Ausgang	80 >	mechaniso
	0 = nein		Therapiebedürftige		eingebrach
	1 = ja	78-81	zugangsassoziierte		
72	schwerwiegende oder lebensbedrohliche Blutungen		Komplikationen		0 = nein 1 = ja
	(postprozedural)	78	therapiebedürftige zugangsassoziierte Komplikationen	81 >	paravalvul
	0 = nein 1 = schwerwiegend 2 = lebensbedrohlich		0 = nein		0 = nein 1 = ja
73	Mediastinitis		1 = ja	-	
	nach den KISS-Definitionen		eld 78 = 1		
		79.1>	Infektion(en)		
	0 = nein 1 = ja		1=ja		
74	zerebrales / zerebrovaskuläres Ereignis bis zur Entlassung	79.2 >	Sternuminstabilität		
			1= ja		
	0 = nein 1 = ja, ZNS, zerebrovaskulär (Blutung, Ischämie) 2 = ja, ZNS, andere	79.3 >	Gefäßruptur		
wenn Fo	eld 74 IN (1;2)		1= ja		
75 >	Datum des neu aufgetretenen zerebrovaskulären Ereignisses		, ,,,,		



82- 84.2	Entlassung / Verlegung
82	Entlassungsdiagnose(n) alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Verfahren dokumentierten Leistung stehen http://www.bfarm.de
	1
	2,
	3
	4
	5
	6
	7•
	8•
	9.
	10•
	30.
83	Entlassungsdatum Krankenhaus
84.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de
	Schlüssel 2
84.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund
	1 = ja



#### Schlüssel 1: akute Infektion

- 0 = keine
- 1 = Mediastinitis
- 2 = Sepsis
- 3 = broncho-pulmonale Infektion
- 4 = oto-laryngologische Infektion
- 5 = floride Endokarditis
- 6 = Peritonitis
- 7 = Wundinfektion Thorax
- 8 = Pleuraempym
- 9 = Venenkatheterinfektion
- 10 = Harnwegsinfektion
- 11 = Wundinfektion untere Extremitäten
- 12 = HIV-Infektion
- 13 = Hepatitis B oder C
- 18 = andere Wundinfektion
- 88 = sonstige Infektion

#### Schlüssel 2: 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 BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 Fun.
- 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