

MDS (Spezifikation 2026 V06)

BASIS	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden	
1-4	Basisdokumentation
1	zugehöriges QS-Modul Schlüssel 1
wenn Feld 1 IN ('PCI';'PPCI';'DIAL')	
2 >	Status des Leistungserbringers 1 = Krankenhaus 2 = Vertragsarzt 3 = Leistungserbringung durch Vertragsärzte im Rahmen von Selektivverträgen
3	Art der Leistungserbringung 1 = ambulant erbrachte Leistung 2 = stationär erbrachte Leistung 3 = vorstationär erbrachte Leistung 4 = teilstationär erbrachte Leistung
wenn Feld 2 = 1 und Feld 1 = 'PCI'	
4 >>	Verbringungsleistung (Die dokumentierende und die den Eingriff durchführende Einrichtung sind NICHT identisch) 0 = nein, keine Verbringungsleistung 1 = ja, Verbringungsleistung
5-12	Art der Versicherung
5	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte http://www.arge-ik.de [0-9][9]
6	besonderer Personenkreis § 301 Vereinbarung
7	besondere Personengruppe KVDT-Datensatzbeschreibung
8	eGK-Versichertennummer

wenn Feld 1 IN ('LLS';'NLS')	
9 >	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte des Spenders http://www.arge-ik.de [0-9][9]
10 >	besonderer Personenkreis des Spenders § 301 Vereinbarung
11 >	eGK-Versichertennummer des Spenders
12	Der Patient verfügt über keine eGK-Versichertennummer. 1 = ja
13-21	Leistungserbringeridentifizierende Daten
13-19	Krankenhaus
wenn bei stationären QS-Modulen und bei sektorenübergreifenden QS-Modulen, sofern Feld 2 = 1	
13 >>	Institutionskennzeichen [0-9][9]
wenn Feld 2 IN ('LEER')	
14 >>	entlassender Standort 77Id(4)0Id(2)
wenn Feld 1 IN ('PNEU';'NEO')	
15 >	aufnehmender Standort 77Id(4)0Id(2)
wenn Feld 1 IN ('18/1')	
16 >	diagnostizierender Standort (ICD) gemäß auslösendem ICD-Kode 77Id(4)0Id(2)
17	behandelnder Standort (OPS) gemäß auslösendem OPS-Kode 77Id(4)0Id(2)

wenn optional bei stationären QS-Modulen und bei sektorenübergreifenden QS-Modulen, sofern Feld 2 = 1	
18 >>	Betriebsstätten-Nummer [0-9][1,2]
19	Fachabteilung § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de
20-21	Vertragsarzt/ermächtigter Arzt /MVZ
wenn bei sektorenübergreifenden QS-Modulen, sofern Feld 2 IN (2:3)	
20 >>	Betriebsstättennummer ambulant BSNR (Hauptbetriebsstätte) [0-9][9]
21	Nebenbetriebsstättennummer [0-9][9]
22-25	Patient
22	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten
wenn Feld 1 <> 'PPCI'	
23 >	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ . .
24	Geschlecht 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt 9 = unbekannt
25	Aufnahmedatum (stationär) TT.MM.JJJJ . .
26-29	Operation
26	Datum der Prozedur TT.MM.JJJJ . .

Datensatz Minimaldatensatz externe Qualitätssicherung

27	Operationen- und Prozedurenschlüssel alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs http://www.bfarm.de 1. - . 2. - . 3. - . 4. - . 5. - . 6. - . 7. - . 8. - . 9. - . 10. - .
wenn Feld 1 IN ('PCI';'PPCI')	
28 >	Gebührenordnungsposition (GOP) EBM-Katalog http://www.kbv.de/html/ebm.php 1 = 34291 2 = 34291 und 34292
wenn Feld 1 = 'DIAL'	
29 >	Gebührenordnungsposition (GOP) EBM-Katalog http://www.kbv.de/html/ebm.php 1.

30-32	Entlassung
wenn Feld 1 <> 'PPCI'	
30 >	Entlassungsdiagnose(n) (stationär) bzw. Quartalsdiagnose(n) (ambulant) alle Entlassungsdiagnosen bzw. Quartalsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen ICD-10-GM http://www.bfarm.de 1. . 2. . 3. . 4. . 5. . 6. . 7. . 8. . 9. . 10. 30. .
31	Entlassungsdatum TT.MM.JJJJ . .
wenn Feld 2 IN (1;2;LEER) und Feld 3 IN (2;3;LEER) und Feld 1 <> 'PPCI'	
32 >>	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de Schlüssel 2

Datensatz Minimaldatensatz externe Qualitätssicherung

Schlüssel 1: Module, welche ggf. als Minimaldatensätze dokumentiert werden dürfen

01/1 = Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
 01/2 = Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom
 03/1 = Kataraktoperation
 05/1 = Nasenscheidewandkorrektur
 07/1 = Tonsillektomie
 09/1 = Herzschrittmacher-Implantation
 09/2 = Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
 09/3 = Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
 09/4 = Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
 09/5 = Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
 09/6 = Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
 10/1 = Varizenchirurgie
 10/2 = Karotis-Revaskularisation
 12/1 = Cholezystektomie
 12/2 = Appendektomie
 12/3 = Leistenhernie
 14/1 = Prostataresektion
 15/1 = Gynäkologische Operationen
 16/1 = Geburtshilfe
 17/1 = Hüftgelenknahe Femurfraktur
 17/6 = Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation
 18/1 = Mammachirurgie
 CHE = Cholezystektomie
 CHE_HE = Cholezystektomie (nur Hessen)
 DEK = Dekubitusprophylaxe
 DIAL = Dialyse
 HCH = Herzchirurgie
 HEP = Hüftendoprothesenversorgung
 HTXM = Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme /Kunstherzen
 KEP = Knieendoprothesenversorgung
 LLS = Leberlebendspende
 LTX = Lebertransplantation
 LUTX = Lungen- und Herz-Lungentransplantation
 NEO = Neonatologie
 NLS = Nierenlebendspende
 NNH = Endonasale Nasennebenhöhleneingriffe
 PCI = Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
 PNEU = Ambulant erworbene Pneumonie
 PNTX = Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation
 PPCI = Patientenbefragung für die Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
 SEP = Sepsis

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 PEPV)
 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

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)