

# Erläuterungen zum Minimaldatensatz

Version: 2017 V02

Stand: 30. September 2016

In der klinischen Praxis können im Ausnahmefall Konstellationen auftreten, in denen ein Behandlungsfall durch den QS-Filter als dokumentationspflichtig ausgelöst wird, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, z. B. bei Abbruch des Eingriffs.

In diesem Dokument finden Sie Beispiele für diese Ausnahmesituationen. In den beschriebenen und in vergleichbaren Situationen ist ein Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren.

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
Alle (z. B. 09/1)	Zusatzkode OPS 5-995			Wenn ein Eingriff abgebrochen wird und nicht mehr alle Pflichtdatenfelder des Datensatzes ausgefüllt werden können, ist statt des Datensatzes ein MDS zu dokumentieren. <b>OPS-Kode:</b> 5-995 Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)
09/1	5-377.0		permanente <b>transvenöse</b> Schrittmacher	Wenn es sich um permanente <b>epikardiale</b> Schrittmacher handelt, ist ein Minimaldatensatz anzulegen. <b>OPS-Kode: 5-377.0</b> (Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders, Schrittmacher, n.n.bez.) Wenn es sich um permanente <b>transvenöse</b> Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren.
09/1	5-377.x		<b>permanente</b> transvenöse Schrittmacher	Wenn es sich um <b>temporäre</b> Schrittmacher handelt, die über den OPS-Kode 5.377.x kodiert wurden, ist ein Minimaldatensatz anzulegen. Hinweis: Temporäre Schrittmacher sind nicht QS-relevant und in der Regel zu kodieren mit: <b>8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus</b> <b>Inkl.:</b> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden <b>8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus</b> <b>Inkl.:</b> Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden <b>8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ</b>

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
				<p><b>Hinweis:</b> Der Kode <b>8-643</b> ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird.</p> <p>Wenn es sich um <b>permanente</b> transvenöse Schrittmacher handelt, ist der reguläre Datensatz zu dokumentieren.</p>
10/2				<p>Ein Ziel der Qualitätssicherung ist die angemessene Indikationsstellung und eine hohe Qualität der operativen oder interventionellen Behandlung von Stenosen der Arteria carotis. Neben der Stenose, mit oder ohne akutem Schlaganfall, gibt es andere Indikationsstellungen, die hier nicht betrachtet werden sollen (z. B. ein tumorbedingter Einbruch in die Arteria carotis). In diesen Fällen können manche Datenfelder nicht sinnvoll ausgefüllt werden. Sollten solche Indikationen über den QS-Filter zur Auslösung der Dokumentationspflicht führen, wird empfohlen, nur einen MDS anzulegen.</p>
16/1				<p>Es kann sein, dass in seltenen Fällen die QS-Dokumentationspflicht durch die Kodierung von geburtshilflichen Prozedurenkodes bei induzierten Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von unter 500 g und bei (Spät-)Aborten (Fetalgewicht unter 500 g) ausgelöst wird. Bei Schwangerschaftsabbrüchen mit einem Fetalgewicht von über 500 g wird bei Anwendung der deutschen Kodierrichtlinien die QS-Dokumentationspflicht über die ICD-Kodierung (z. B. Z.37.1!) ausgelöst.</p> <p>Induzierte Schwangerschaftsabbrüche sollen unabhängig vom Fetalgewicht über einen MDS erfasst werden.</p>

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
16/1				<p>Auch (Spät-)Aborte mit einem Fetalgewicht unter 500 g, bei denen der QS-Filter aufgrund von geburtshilflichen OPS-Prozeduren die Dokumentationspflicht auslöst, sind über den MDS zu dokumentieren.</p> <p>Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtsnummer vergeben wird (Fetalgewicht unter 500 g, gemäß Personenstandsgesetz), einen eigenen Nummernkreis (9999) anzulegen und die Fälle so über den geburtshilflichen Datensatz zu dokumentieren. Durch die Möglichkeit eines MDS entfällt diese Regelung.</p>
16/1				Für anonyme Geburten und Babyklappen-Kinder liegen Informationen, die für einen Abschluss des Dokumentationsbogens erforderlich sind, in der Regel nicht vor. Für diese Fälle ist ein MDS anzulegen.
17/1				Die osteosynthetische Versorgung einer tumorbedingten Hüftfraktur/Femurfraktur ist mit einem MDS zu dokumentieren.
HEP	TEP_Im-plantation und TEP-Wechsel		Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Hüft-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.	

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
KEP	TEP_Im-plantation und TEP-Wechsel		Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: Es ist jeweils pro durchgeführte Prozedur ein Unterbogen im Verfahren Knie-Endoprothesenversorgung zu dokumentieren. Mehrfache Wechselprozeduren in einem Aufenthalt sind mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum jeweils in einem Unterbogen zu dokumentieren.	
18/1				Die operative Entfernung von Haut-(Fern)-Metastasen eines Mammakarzinoms kann je nach Lokalisation und verwendeten OPS-Kodes eine Dokumentationsverpflichtung für 18/1 auslösen. Hier ist ein MDS zu dokumentieren.
DEK				Wird ein Patient z. B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.
NEO				Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten vier Lebensmonate in ein Krankenhaus zuverlegt werden, soll eine Dokumentation für das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder spätestens ab ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden.  Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Abrechnungsdaten (§ 301 SGB V, § 21 Abs. 4 KHEntgG), nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (die innerhalb der ersten vier Lebensmonate von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen <b>und</b> von dort in ein weiteres Krankenhaus <b>verlegt</b> werden und eine Auslösebedingung

Modul	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im Minimaldatensatz (MDS) zu dokumentieren
				aufweisen) eine Dokumentationspflicht. Da diese Fälle im zweiten (oder weiteren) Krankenhaus nicht für die externe vergleichende Qualitätssicherung erfasst werden sollen, ist in diesen Fällen ein MDS zu verwenden.
NEO				Für gesunde Kinder, die mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten SSW geboren sind, länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden und aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2) behandelt werden, soll ein MDS angelegt werden.
NEO			<p>Kinder, die ein Gestationsalter von <math>\geq 22+0</math> SSW haben und</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die im Kreissaal verstorben sind,</li> <li>▪ die eine palliative Versorgung erhalten haben,</li> <li>▪ bei denen eine letale Fehlbildung diagnostiziert wurde und</li> <li>▪ die nach einer Interruptio Lebenszeichen zeigten.</li> </ul>	
NEO				Die Erhebung von Kindern mit einem Gestationsalter von $< 22+0$ SSW ist in diesem Verfahren nicht vorgesehen. Daher soll für diese Kinder ein MDS dokumentiert werden.
PNEU				Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits aus-therapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der MDS angelegt werden.