



Erläuterungen zum Minimaldatensatz

In der klinischen Praxis können Konstellationen auftreten, in denen ein Fall durch den QS-Filter als dokumentationsverpflichtend ausgelöst wird, obwohl der Datensatz des entsprechenden Leistungsbereichs nicht für die Dokumentation geeignet ist. Dieses Dokument stellt hierfür einige Beispiele dar.

Aufgrund des unterschiedlichen Kodierverhaltens in deutschen Krankenhäusern, ist nicht ausgeschlossen, dass auch andere vergleichbare Konstellationen auftreten können.

Sollten im Rahmen der kontinuierlichen Systempflege weitere solcher Konstellationen bekannt werden, finden Sie diesbezüglich Informationen auf unserer Webseite.

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im 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, kann statt des Datensatzes ein Minimaldatensatz (im Folgenden mit MDS abgekürzt) dokumentiert werden.
09/1	5-377.0		permanente transvenöse Schrittmacher	permanente epikardiale Schrittmacher
09/1	5-377.x		permanente transvenöse Schrittmacher	<p>temporäre Schrittmacher sind in Regel zu kodieren mit</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>8-641 Temporäre externe elektrische Stimulation des Herzrhythmus <i>Inkl.</i> : Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p>8-642 Temporäre interne elektrische Stimulation des Herzrhythmus <i>Inkl.</i>: Implantation, Justieren, Repositionierung, Manipulation und Entfernung von temporären Schrittmacherelektroden</p> <p>8-643 Elektrische Stimulation des Herzrhythmus, intraoperativ <i>Hinw.:</i> Dieser Kode ist nur bei Operationen zu verwenden, bei denen die elektrische Stimulation des Herzens üblicherweise nicht durchgeführt wird</p> </div> <p>und somit nicht QS-relevant. Sollten Codes des Bereichs 5-377.x zur Anwendung kommen, ist der MDS auszufüllen.</p>
16/1				<p>Es besteht die Möglichkeit, 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 jedoch nicht in der externen Qualitätssicherung Geburtshilfe erfasst werden. Für diese Fälle ist ein Minimaldatensatz anzulegen.</p>

Stand: 24. März 2011

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im MDS zu dokumentieren
				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. Bisher bestand die Möglichkeit, bei Geburten, bei denen keine Geburtennummer 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 Minimaldatensatzes entfällt diese Regelung.
17/1	5-820.00	z.B. S72.01	akute isolierte hüftgelenknahe Femurfraktur	Die TEP-Versorgung einer posttraumatischen Koxarthrose nach Schenkelhalsfraktur (z.B. S72.01) führt zur Auslösung von 17/1. Hier ist ein MDS zu dokumentieren.
17/1	5-820.2x		tumorbedingte Hüftfraktur Femurfraktur	Die TEP-Versorgung einer tumorbedingten Hüftfraktur Femurfraktur ist mit einem MDS zu dokumentieren.
17/2	OPS für TEP		Hüft-TEP bei Koxarthrose	Beispiele für Fallkonstellationen mit 17/2 – Auslösung, die mit MDS dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> - Hüft-TEP bei Tumorerkrankung - Hüft-TEP bei Hüft-Dysplasie - Hüft-TEP bei spastischer Kontraktur
17/2	OPS für TEP	M80.00, M80.05 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur M80.10, M80.15 Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie M80.20, M80.25 Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur M80.30, M80.35 Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff M80.40, M80.45 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur M80.50, M80.55 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur M80.80, M80.85 Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur M80.90, M80.95 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur M84.00, M84.05 Frakturheilung in Fehlstellung		Sehr selten Grund einer fälschlichen Auslösung von 17/2 bei pathologischer Fraktur mit einem der angegebenen ICD-Kodes (Endkodes 0 und 5) statt 17/1. In diesen Fällen bitte MDS für 17/2 anlegen und freiwillig 17/1 dokumentieren.

Stand: 24. März 2011

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im MDS zu dokumentieren
		<p>M84.20, M84.25 Verzögerte Frakturheilung</p> <p>M84.30, M84.35 Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert, Stressfraktur o.n.A.</p> <p>M84.40, M84.45 Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert, Pathologische Fraktur o.n.A.</p> <p>Exkl.: Pathologische Fraktur bei bösartiger Neubildung (M90.7-*), Pathologische Fraktur bei Osteoporose (M80.-)</p>		
17/5	OPS für TEP	<p>M80.00, M80.06 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M80.10, M80.16 Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie</p> <p>M80.20, M80.26 Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M80.30, M80.36 Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff</p> <p>M80.40, M80.46 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M80.50, M80.56 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M80.80, M80.86 Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M80.90, M80.96 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur</p> <p>M84.00, M84.06 Frakturheilung in Fehlstellung</p> <p>M84.20, M84.26 Verzögerte Frakturheilung</p> <p>M84.30, M84.36 Stressfraktur, anderenorts nicht klassifiziert, Stressfraktur o.n.A.</p> <p>M84.40, M84.46 Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert, Pathologische Fraktur o.n.A.</p> <p>Exkl.: Pathologische Fraktur bei bösartiger Neubildung (M90.7-*), Pathologische Fraktur bei Osteoporose (M80.-)</p>		<p>Sehr selten Grund einer fälschlichen Auslösung von 17/5 bei pathologischer Fraktur mit einem der angegebenen ICD-Kodes (Endkodes 0 und 6).</p> <p>In diesen Fällen bitte MDS für 17/5 anlegen.</p>
17/2, 17/3	OPS für TEP		Hüft-TEP-Erstimplantation, einzeitige Hüft-TEP-Wechsel	<p>Bei Reimplantation bei zwei- oder mehrzeitigem Wechsel (z.B. Girdlestone-Situation bei infiziertem Hüftgelenk) wird 17/2 ausgelöst. Es ist statt 17/2 der MDS auszufüllen.</p> <p>Wird ein Spacer im Reimplantationseingriff gegen die end-</p>

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im MDS zu dokumentieren
				gültige TEP ausgetauscht, kann die Kodierung eines Wechsel-OPS zur Auslösung von 17/3 führen. Dieser kann mit dem MDS dokumentiert werden.
17/5, 17/7	OPS für TEP		Knie-TEP-Erstimplantation, einzeitige Knie-TEP-Wechsel	Bei Reimplantation bei zwei- oder mehrzeitigem Wechsel (z.B. bei infiziertem Kniegelenk) wird 17/5 ausgelöst. Statt 17/5 ist der MDS auszufüllen.
17/3, 17/5	z.B. 5-821.31 + 5-822.61			Eine Femurkomplettprothese, z.B. bei langstreckigem Knochendefekt: da keine eigenen OPS-Kodes vorhanden sind, wird in der Praxis mit zwei oder drei OPS für Hüft- und Knie-TEP kodiert. Statt der fälschlichen ausgelösten 17/3 und 17/5 ist der MDS zu kodieren.
17/5	OPS für TEP		Knie-TEP bei Gonarthrose	Knie-TEP bei Tumorerkrankung oder bei Fraktur
17/2 , 17/3	OPS für TEP OPS für TEP-Wechsel		Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: 17/2 und 17/3 sind zu dokumentieren mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum	-
17/5, 17/7	OPS für TEP OPS für TEP-Wechsel		Erstimplantation und nachfolgender Wechsel in einem Aufenthalt: 17/5 und 17/7 sind zu dokumentieren mit gleichem Aufnahme- und Entlassungsdatum	-
17/1	z.B. 5-793.2f	S72.10		Bei einer Implantation der Hüft-TEP kam es zu einem Abriss des Trochanter major (S72.10). Die operative Versorgung ist z.B. 5-793.2f. Durch diese Dokumentation wird ein Modul 17/1 angelegt statt 17/2 Hüft-TEP, da die S72.10 die Hüft-TEP ausschließt. In diesen Fällen ist der MDS zu dokumentieren. Zusätzlich wird gebeten, den Hüft-TEP-Eingriff in einem freiwillig ausgelösten 17/2er Datensatz zu dokumentieren. Also statt 17/1 => MDS + 17/2 (freiwillig)
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.
HCH, Koronarchirurgie			isolierte koronarchirurgische Eingriffe	In Kombination mit einem anderen herzchirurgischen Eingriff, der nicht die Koronarchirurgie betrifft, reicht es aus, einen MDS zu dokumentieren.

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im MDS zu dokumentieren
HCH, Aortenklappenchirurgie			isolierte Aortenklappen-Eingriffe	In Kombination mit einem anderen herzchirurgischen Eingriff, der nicht die Aortenklappenchirurgie betrifft, reicht es aus, einen MDS zu dokumentieren.
HCH, kombinierte Aortenklappen- und Koronarchirurgie			Aortenklappen-Eingriffe in Verbindung mit einem koronarchirurgischen Eingriff	In Kombination mit einem anderen herzchirurgischen Eingriff, der nicht die Koronarchirurgie oder die Aortenklappenchirurgie betrifft, reicht es aus, einen MDS zu dokumentieren.
DEK				Wird ein Patient z.B. unter Reanimationsbedingungen aufgenommen und es wird direkt bei Aufnahme der Tod festgestellt, reicht es aus, einen MDS auszufüllen.
NEO				<p>Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten 4 Lebensmonate in ein Krankenhaus (zu-) verlegt werden, soll eine Dokumentation für die bundeseinheitliche Qualitätssicherung Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder seit spätestens ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden.</p> <p>Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Routinedaten (§ 301 SGB V, § 21 Abs. 4 KHEntgG), auf denen der QS-Filter-Algorithmus für das Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie beruht, nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (im 2. Krankenhaus) eine Dokumentationspflicht, die innerhalb der ersten 4 Lebensmonate von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen und von dort in ein weiteres Krankenhaus verlegt werden. Da diese Fälle im 2. (oder weiteren) Krankenhaus nicht für die externe vergleichende Qualitätssicherung erfasst werden sollen, bitten wir, in diesen Fällen einen MDS zu verwenden.</p>
NEO				Für Kinder mit einem Geburtsgewicht ≥ 2000 g und einer kumulierten Verweildauer < 72 Stunden außerhalb der geburtshilflichen Abteilung (i.d.R. pädiatrische Fachabteilung), die keine schwerwiegende Erkrankung entsprechend dem im QS-Filter definierten Diagnosekatalog aufweisen und während des Aufenthaltes nicht länger als eine Stunde beatmet wurden, ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.

Stand: 24. März 2011

Leistungsbereich	OPS	ICD	im Originaldatensatz zu dokumentieren	im MDS zu dokumentieren
PNEU				Bei fälschlich ausgelösten Sekundärbehandlungen von bereits atherapierten ambulant erworbenen Pneumonien kann der Minimaldatensatz angelegt werden.