

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

- L K F -

34. Rundschreiben

**ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSEN- UND
LEISTUNGSDOKUMENTATION UND ZUR
DATENMELDUNG**

August 2019

IMPRESSUM

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)"

Projektleitung:

Mag. Gerhard Embacher (BMASGK)

Projektteam:

Wolfgang Bartosik
Werner Bohuslav
Dr. Peter Brosch, Abteilungsleiter
Gertrud Fritz
Mag. Simona Iskra
Mag. Rainer Kleyhons
Mag. Walter Sebek, Stv. Abteilungsleiter

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger, LKF-Hotline (BMASGK)
Anna Mildschuh, medizinische Dokumentarin (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam:

Mag. Gerhard Gretzl, Gesamt-Projektkoordination (SOLVE-Consulting)
Dr. Gerhard Renner (SOLVE-Consulting)

Ärzteamt:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (LKH Freistadt)
Experten aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer (FH Joanneum Graz)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Dr. Karin Eglau
Mag. Petra Paretta

Wien, im August 2019

INHALTSVERZEICHNIS

1	ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSENDOKUMENTATION.....	5
1.1	Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose.....	5
1.2	Codierung des Gestationsalters bei Entbindungen	6
2	ERLÄUTERUNGEN ZUR LEISTUNGSDOKUMENTATION.....	7
2.1	Codierung extern erbrachter Leistungen	7
2.2	Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation 2019.....	7
2.3	Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation 2020.....	13
2.4	Hinweise zur stationären Leistungsdokumentation 2019	14
2.5	Hinweise zur stationären Leistungsdokumentation 2020	21
3	ERLÄUTERUNGEN ZUR DATENMELDUNG.....	26
3.1	Satzart X01	26

1 Erläuterungen zur Diagnosendokumentation

1.1 Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose

Alle Entlassungsdiagnosen sind so exakt wie möglich zu codieren. Zur Abbildung des Schweregrads wurde bei Herzinsuffizienz (I50.1) und COPD (J44.0 bis J44.9) eine 5-stellige Codierung verpflichtend eingeführt.

Von der Plausibilitätsprüfung wird bei diesen Diagnosen der Warnhinweis „Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose“ ausgegeben, wenn die Ausprägung „nicht näher bezeichnet“ bei der Codierung als Hauptdiagnose verwendet wird.

Der Warnhinweis wird auch bei ausgewählten 3- und 4-stelligen Diagnosen, bei denen eine exaktere Erfassung erforderlich ist, ausgegeben.

Für das aktuelle Berichtsjahr erfolgt die Ausgabe des Warnhinweises bei den im Folgenden angeführten Codes:

I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I50.19	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
R96.0	Plötzlich eingetretener Tod
R96.1	Todeseintritt innerhalb von weniger als 24 Stunden nach Beginn der Symptome, ohne anderweitige Angabe
R98	Tod ohne Anwesenheit anderer Personen
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen

1.2 Codierung des Gestationsalters bei Entbindungen

Ab dem Berichtsjahr 2020 ist bei Entbindungen das Gestationsalter anzugeben. Dazu ist einer der folgenden neuen Codes zu verwenden:

Code	Bezeichnung
301.21	Vollendete SSW bei Entbindung: 21
301.22	Vollendete SSW bei Entbindung: 22
301.23	Vollendete SSW bei Entbindung: 23
301.24	Vollendete SSW bei Entbindung: 24
301.25	Vollendete SSW bei Entbindung: 25
301.26	Vollendete SSW bei Entbindung: 26
301.27	Vollendete SSW bei Entbindung: 27
301.28	Vollendete SSW bei Entbindung: 28
301.29	Vollendete SSW bei Entbindung: 29
301.30	Vollendete SSW bei Entbindung: 30
301.31	Vollendete SSW bei Entbindung: 31
301.32	Vollendete SSW bei Entbindung: 32
301.33	Vollendete SSW bei Entbindung: 33
301.34	Vollendete SSW bei Entbindung: 34
301.35	Vollendete SSW bei Entbindung: 35
301.36	Vollendete SSW bei Entbindung: 36
301.37	Vollendete SSW bei Entbindung: 37
301.38	Vollendete SSW bei Entbindung: 38
301.39	Vollendete SSW bei Entbindung: 39
301.40	Vollendete SSW bei Entbindung: 40
301.41	Vollendete SSW bei Entbindung: 41
301.42	Vollendete SSW bei Entbindung: 42

Diese Codes sind verpflichtend als Zusatzdiagnose bei Aufenthalten mit einer Entbindung (Leistungen JN020 bis JN050) anzugeben, können jedoch nicht als Hauptdiagnose dokumentiert werden.

Ohne entsprechende Dokumentation dieser Zusatzcodes wird bei der Plausibilitätsprüfung eine Fehlermeldung erzeugt und der Aufenthalt nicht bepunktet.

2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

2.1 Codierung extern erbrachter Leistungen

Extern erbrachte Leistungen im Rahmen eines durchgehenden stationären Aufenthaltes sind an der Krankenanstalt zu erfassen, an der der stationäre Aufenthalt erfolgt. Die Leistungsdokumentation erfolgt wie bei Leistungserbringung in der Krankenanstalt selbst.

Bei extern erbrachten Leistungen ist in der Satzart X04 die Krankenanstaltennummer der leistungserbringenden Krankenanstalt anstelle des leistungserbringenden Funktionscodes anzugeben.

2.2 Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation 2019

CODE	Bezeichnung
AJ510	Elektroneurographie (ENG) (LE=je Sitzung)
PF520	Elektromyographie (EMG) (LE=je Sitzung)

Hinweis 01-942

Frage Wie ist eine kombinierte EMG-ENG-Untersuchung zu codieren?

Antwort Bei einer kombinierten EMG-ENG-Untersuchung sind beide Katalogpositionen zu codieren.

CODE	Bezeichnung
AM520	Ausführliche klinisch-psychologische Exploration (LE=je Sitzung)
AM530	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung)
AM535	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Sitzung)

Hinweis 01-943

Frage Wie ist bei einer klinisch-psychologischen Untersuchung unter Zuhilfenahme von standardisierten psychologischen Testverfahren zu codieren?

Antwort Bei einer ausführlichen klinisch-psychologischen Exploration unter Zuhilfenahme von standardisierten psychologischen Testverfahren ist das explorative Gespräch unter AM520 und die Testverfahren unter AM530 bzw. AM535 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
BB510	Tränenfilmdiagnostik (LE=je Sitzung)

Hinweis 02-944

Frage Wann ist diese Leistung zu codieren?

Antwort BB510 ist zu codieren, wenn eine quantitative (z.B. Schirmertest) und/oder qualitative Untersuchung des Tränenfilms erfolgt, z.B. durch Anfärben mit Fluoreszenzfarbstoff und Beurteilung des Tränenfilms unter der Spaltlampe.

CODE	Bezeichnung
BE510	Gonioskopie (LE=je Sitzung)
BZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Auge (LE=je Sitzung)

Hinweis 02-945

Frage Wie ist eine Spaltlampenuntersuchung zu codieren?

Antwort Eine Spaltlampenuntersuchung ist unter BZ989 zu codieren. BE510 darf nur codiert werden, wenn eine vollständige Ausleuchtung und Betrachtung des Augenkammerwinkels unter Zuhilfenahme eines Kontaktglases mit Spiegel erfolgt.

CODE	Bezeichnung
CE510	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung)
CZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Ohr (LE=je Sitzung)

Hinweis 03-946

Frage Wann ist die Leistung „CE510 – Nystagmusprüfung“ zu codieren?

Antwort CE510 darf nur codiert werden, wenn die komplette Abklärung erfolgt, d.h. Nystagmusprüfung mittels Frenzelbrille, Provokation (Kopfschütteln), Lagerung, thermische und rotatorische Prüfung. Werden nur Teile dieser Untersuchungen bzw. der Unterberger-Tretversuch oder der Rhomberg-Stehversuch durchgeführt, so sind diese unter CZ989 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
DL510	Ergometrie (LE=je Sitzung)
GL510	Spirometrie (LE=je Sitzung)
GL550	Spiroergometrie (LE=je Sitzung)

Hinweis 04-947

Frage Wie ist bei einer Spiroergometrie (Ergospirometrie) zu codieren?

Antwort Eine Spiroergometrie ist unter GL550 zu erfassen. DL510 oder GL510 sind nur bei alleiniger Ergometrie oder Spirometrie zu codieren.

CODE	Bezeichnung
FC530	Manuelle Lymphdrainage (LE=je Sitzung)
FC540	Apparative Lymphdrainage (LE=je Sitzung)
FC550	Komplexe physikalische Entstauungstherapie (LE=je Sitzung)
ZE540	Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband)

Hinweis 05-948

Frage Wie sind die Leistungen zur Entstauungstherapie bei Lymphödem zu codieren?

Antwort FC550 ist nur bei einer Kombinationsbehandlung aus manueller Lymphdrainage, entstauenden Bewegungsübungen und Kompressionsverbänden zu codieren. Bei Codierung von FC550 sind keine weiteren Leistungen zu erfassen.

Bei Durchführung von Lymphdrainagen (FC530, FC540) und/oder der Anlage von Kompressionsverbänden (ZE540) sind die jeweiligen Leistungen alleine oder in Kombination zu codieren.

CODE	Bezeichnung
FV045	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration (LE=je Sitzung)
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)
ZX510 bis	Blutgruppenserologie (LE=je Befundzeile)
ZX899	Sonstige Laboranalysen (LE=je Befundzeile)
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Statuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)
ZZ573	Intravenöse Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)

Hinweis 17-949

Frage Welche Leistungen sind bei ambulanten Besuchen mit Hämodialysen zu codieren?

Antwort Bei ambulanten Besuchen mit Hämodialysen ist im Regelfall nur die Leistung FV045 zu codieren. FV045 umfasst alle im Zusammenhang mit der Dialyse erforderlichen Maßnahmen. Daher sind keine weiteren Leistungen zu dokumentieren.

Es ist vorgesehen, dass von der Plausibilitätsprüfung 2020 an bei der Kombination von FV045 mit einer der Leistungen ZV510, ZX510–ZX899, ZZ531 (2020: ZZ532, ZZ533), ZZ573 ein Warn-/Bepunktungshinweis ausgegeben wird.

CODE	Bezeichnung
HZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)

Hinweis 07-950

Frage Wie sind ein H2-Atemtest oder ein C13-Atemtest zu codieren?

Antwort Atemtests wie der H2- oder der C13-Atemtest sind unter „HZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Hinweis 07-951

Frage Wie kann eine pH-Metrie des Ösophagus codiert werden?

Antwort Eine pH-Metrie des Ösophagus ist unter „HZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
JQ520	Kardiotokographie (CTG) (LE=je Sitzung)

Hinweis 08-952

Frage Wann ist JQ520 zu codieren?

Antwort JQ520 ist nur dann zu codieren, wenn das CTG im Laufe der Schwangerschaft durchgeführt wird. Ein CTG unter der Geburt ist in der Entbindungsleistung enthalten und daher nicht zusätzlich zu codieren.

CODE	Bezeichnung
JZ530	Zystoskopie (LE=je Sitzung)
JZ541	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Harntrakt (LE=je Sitzung)

Hinweis 08-953

Frage Wie ist die Entfernung eines Double-J-Katheters zu codieren?

Antwort Die Entfernung eines Double-J-Katheters ist unter JZ541 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NE510	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)
PZ510	Sonographie des Bewegungsapparates (LE=je Sitzung)

Hinweis 12-954

Frage Bis zu welchem Alter ist NE510 zu codieren?

Antwort NE510 ist als Untersuchung der Säuglingshüften beschrieben und nur im ersten Lebensjahr zu codieren. Hüftuntersuchungen bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr sind unter PZ510 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
LM510	Punktion der Brust- oder Bauchhöhle (LE=je Sitzung)
ZN540	Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)

Hinweis 12-955

Frage Wie ist eine nicht ultraschallgezielte Thoraxdrainage (z.B. mit ThoraVent®) zu codieren?

Antwort Das nicht ultraschallgezielte Anbringen von Drainageventilen beim Pneumothorax ist unter „ZN540 – Anbringen therapeutischer Drainagen – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)“ zu erfassen. Allgemein gilt, dass das Anbringen therapeutischer Drainagen unter ZN540 zu codieren ist. Dies gilt auch, wenn entgegen der Leistungsbezeichnung das Anbringen ohne bildgebendes Verfahren erfolgt. LM510 ist bei Punktionen ohne verbleibende Drainage zu codieren und hier nicht zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
HN510	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung)
ZN595	Endosonographie (LE=je Sitzung)
ZN590	Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung)

Hinweis 12-956

Frage Wie ist die Leistung „ZN595 – Endosonographie“ zu codieren?

Antwort ZN595 ist zusätzlich zur endoskopischen Untersuchung (z.B. Gastroduodenoskopie, Bronchoskopie) zu codieren. Beim transvaginalen bzw. transrektalen Ultraschall ist ausschließlich ZN590 zu codieren, auch wenn diese Untersuchung gelegentlich als Endosonographie bezeichnet wird.

2.3 Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation 2020

CODE	Bezeichnung
AM510	Psychiatrisches Gespräch und Stuserhebung (LE=je Sitzung)
AM540	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)
ZZ533	Fachspezifische Folgeuntersuchung (Anamnese/Basisdiagnostik/Kontrollen) (LE=je Sitzung)

Hinweis 01-957

Frage Wie ist die psychiatrische Untersuchung zu codieren?

Antwort Das psychiatrische Erstgespräch und die Stuserhebung sind unter AM510 zu codieren. Werden standardisierte psychiatrische Tests herangezogen, so sind diese unter AM540 zu codieren. Folgekontakte sind unter ZZ533 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
GZ530	Gewebsentfernung/Koagulation im Nasenrachenraum (LE=je Sitzung)

Hinweis 03-958

Frage Wie ist eine Radiofrequenztherapie der unteren Nasenmuschel zu codieren?

Antwort Die RF-Therapie der unteren Nasenmuschel ist unter GZ530 zu codieren.

Hinweis 03-959

Frage Wie ist eine Verkleinerung des Gaumens/Gaumensegels mit Radiofrequenz zu codieren?

Antwort Eine Radiofrequenztherapie des Gaumens/Gaumensegels ist unter GZ530 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
ZZ532	Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung) (LE=je Sitzung)
ZZ533	Fachspezifische Folgeuntersuchung (Anamnese/Basisdiagnostik/Kontrollen) (LE=je Sitzung)

Hinweis 18-960

Frage Wann sind diese Leistungen zu codieren?

Antwort ZZ532 ist beim ersten ambulanten Kontakt zu codieren. Die Codierung erfolgt 1x pro Fachbereich und Quartal.

ZZ533 ist bei allen weiteren Besuchen im gleichen Quartal zu erfassen.

2.4 Hinweise zur stationären Leistungsdokumentation 2019

CODE	Bezeichnung
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)

Hinweis 01-961

Frage Wie sind Operationen an der Wirbelsäule mit Erweiterung bestehender Osteosynthesen zu codieren?

Antwort Erweiterungen bestehender Osteosynthesen der Wirbelsäule sind je weiterer Etage 1x unter LH091 zu codieren. Wird das bestehende Osteosynthesematerial belassen, ergibt sich die weitere Etage aus 2 neuen Pedikelschrauben und der Verbindung zur bestehenden Osteosynthese.

Beispiel: Bestehende Osteosynthese L4/L5, Erweiterung auf L5/S1 mit zwei Pedikelschrauben in S1 und Verbindungsstäben zu L5, Codierung 1x LH091.

CODE	Bezeichnung
HE110	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)
HE130	Resektion des Ösophagus – abdomino-thorakal (LE=je Sitzung)

Hinweis 07-962

Frage Wie ist eine abdomino-zervikale Ösophagektomie zu codieren?

Antwort Eine abdomino-zervikale Ösophagektomie ist nicht unter HE130, sondern unter HE110 zu erfassen. Unter HE130 sind ausschließlich Operationen zu codieren, bei denen auch der Thorax über eine Thorakotomie oder einen thorakoskopischen Zugang eröffnet wird.

Anmerkung: Beim Zweihöhleneingriff ist der Aufwand deutlich größer. Immer wenn eine vollständige Entfernung des Tumors und der zugehörigen Lymphknoten erforderlich ist, ist der Zweihöhleneingriff die Methode der Wahl.

CODE	Bezeichnung
HF070	Gastrojejunostomie – offen (LE=je Sitzung)
HF130	Atypische Magenresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HF200	Korrekturoperation des operierten Magens (LE=je Sitzung)

Hinweis 07-963

Frage Wie sind Re-Operationen am Magen, z.B. nach Magenbypass, mit Reanastomosierung und Nachresektion zu codieren?

Antwort Operationen am operierten Magen sind unter HF200 zu codieren. Die Leistung umfasst die Mobilisation sowie eine ggf. erforderliche Resektion und eine Reanastomosierung.

CODE	Bezeichnung
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
JZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)

Hinweis 08-964

Frage Wie kann eine Strichcurettage codiert werden?

Antwort Eine Strichcurettage ist bei ambulanten Besuchen unter „JZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Bei stationären Aufenthalten erfolgt keine Codierung. Keinesfalls ist JK030 zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)

Hinweis 09-965

Frage Wie ist eine Bruststraffung (Mastopexie) beim Mann zu codieren?

Antwort Brustkorrekturen beim Mann sind unter „QE030 – Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)“ zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
QE130	Mammarekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Seite)

Hinweis 09-966

Frage Wie ist eine Brustrekonstruktion mit einem Omentum-Lappen zu codieren? Der Lappen wird laparoskopisch gewonnen.

Antwort Eine Brustrekonstruktion mittels gestieltem Omentum-majus-Lappen ist unter QE130 zu codieren. Die laparoskopische Entnahme ist nicht zusätzlich zu codieren.

CODE	Bezeichnung
ME080	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)
ME120	ME120 Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
PA050	Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)

Hinweis 10-967

Frage Wie ist eine sogenannte J-Span-Plastik bei rezidivierender Schulterluxation zu codieren?

Antwort Eine J-Span-Plastik ist unter „ME080 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)“ bzw. „ME120 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)“ zu codieren. Die Spangewinnung aus dem Beckenkamm ist zusätzlich unter PA050 zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
NC040	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)

Hinweis 10-968

Frage Wie ist die Osteosynthese einer isolierten Fibulafraktur zu codieren?

Antwort Es ist 1x unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
ZB020	CT-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
ZB030	Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)

Hinweis 12-969

Frage Wie ist eine CT-Angiographie der Koronararterien zu codieren?

Antwort Eine CT-Angiographie der Koronargefäße ist unter „ZB030 – Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
HF022	Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen (LE=je Sitzung)
HZ520	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)

Hinweis 15-970

Frage Wie kann eine endoskopische Mukosaresektion am Magen codiert werden?

Antwort Unter HF022 ist ausschließlich die in der Bezeichnung angeführte endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) zu codieren, also die endoskopische komplette En-Bloc-Resektion der malignen/prämalignen mukosalen Neoplasie (Frühkarzinom oder Vorstufe) inkl. histologischer Aufarbeitung.

Andere endoskopische Mukosaresektionen sind unter „HZ520 – Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)“ zu subsumieren.

CODE	Bezeichnung
JZ530	Zystoskopie (LE=je Sitzung)

Hinweis 15-971

Frage Wie ist die endoskopische Unterspritzung der Harnröhre mit Bulking Agents (z.B. Bulkamid) zu erfassen?

Antwort Die endoskopische Unterspritzung der Harnröhre ist unter „JZ530 – Zystoskopie (LE=je Sitzung)“ zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
DD030	Intrakoronarer Ultraschall (LE=je Sitzung)

Hinweis 16-972

Frage Wie ist ein OCT der Koronargefäße zu codieren?

Antwort Ein OCT der Koronargefäße ist unter DD030 zu codieren. Für 2020 wird die Leistung in „Intrakoronare Bildgebung“ umbenannt.

CODE	Bezeichnung
FV090	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
FV531	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation)

Hinweis 17-973

Frage Wie ist ein Erythrozytenaustausch bei Sichelzellanämie zu codieren?

Antwort Bei einem Erythrozytenaustausch ist sowohl die Separation unter FV090 als auch der Ersatz unter FV531 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
FZ010	Verabreichung von Spenderlymphozyten nach allogener Stammzelltransplantation – unverwandter Spender (LE=je Aufenthalt)

Hinweis 21-974

Frage Wie ist die Verabreichung von Spenderlymphozyten bei verwandten Spendern zu codieren?

Antwort Die Verabreichung von Spenderlymphozyten verwandter Spender ist nicht zu codieren.

Korrigierte Hinweise

CODE	Bezeichnung
JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)
JH229	Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung)
JH520	Frenulotomie (LE=je Sitzung)
JZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)

Hinweis 08-244

Frage Wie sind eine Frenulotomie, eine Dorsalinzision bei Paraphimose oder das Lösen von Konglutinationen zu codieren?

Antwort Eine Frenulotomie ist unter JH520 zu codieren, die Dorsalinzision bei Paraphimose ist unter „JH229 – Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum“ zu codieren und das Lösen von Konglutinationen ist unter JZ989 zu codieren.

Unter „JH120 – Zirkumzision“ ist ausschließlich eine vollständige Zirkumzision zu codieren.

CODE	Bezeichnung
JC050	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)
JC510	Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung)

Hinweis 08-664

Frage Wann ist die Leistung JC050 zu codieren?

Antwort Die Leistung JC050 ist ausschließlich bei Implantation eines permanenten metallischen Stents zu erfassen, wenn eine Drainage mit Double-J-Katheter nicht möglich ist (z.B. bei tumorbedingten Strikturen).

Die Implantation eines Double-J-Katheters in den Harnleiter ist unter JC510 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
MZ111	Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite) (LE=je Seite)

Hinweis 10-297

Frage Wie ist eine Fingeramputation zu codieren?

Antwort Eine Fingeramputation ist unter „MZ111 – Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
PA530	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)

Kapitel 10-879

Frage Wie ist die Entfernung oberflächlich gelegener Bohrdrähte wie z.B. nach Osteotomie des ersten Strahls am Fuß zu codieren?

Antwort Die Entfernung oberflächlich gelegener Bohrdrähte, wie nach einer Osteotomie des ersten Strahls am Fuß, inklusive Freilegung des Drahtendes mit Skalpell bzw. Freer ist unter „PA530 – Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

2.5 Hinweise zur stationären Leistungsdokumentation 2020

CODE	Bezeichnung
QZ525	Inzision oder Exzision an der Haut < 3 cm (LE=je Sitzung)
QZ540	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)
QZ550	Sekundärer Wundverschluss mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)

Hinweis 09-975

Frage Wie sind Exzisionen/Resektionen an Haut und Weichteilen zu codieren?

Antwort Kleinere Inzisionen/Exzisionen (z.B. Nävus) sind unter QZ525 zu codieren.

Größere Exzisionen/Resektionen (z.B. Basaliom) sind unter „QZ540 – Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Wird der Gewebsdefekt erst in einer 2. Sitzung verschlossen, ist „QZ550 – Sekundärer Wundverschluss mit Rekonstruktion durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ070	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
QZ080	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)

Hinweis 09-976

Frage Wie sind Rekonstruktionen und Gewebsersatz an Haut und Weichteilen zu codieren?

Antwort Eine Rekonstruktion durch Spalthaut oder Vollhaut ist 1x je Sitzung unter „QZ050 – Spalthauttransplantation“ oder „QZ060 – Vollhauttransplantation“ zu codieren.

Bei größeren Gewebsdefekten, die eine Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder freier Lappenplastik erfordern, ist die Rekonstruktion unter „QZ070 – Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik“ oder „QZ080 – Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik“ zu codieren. Die Versorgung der Entnahmestelle ist Teil der Operation und nicht zusätzlich zu codieren.

CODE	Bezeichnung
XB100	Pädiatrische onkologische Therapie: Tageschemotherapie (LE=je Behandlungstag)
XB110	Pädiatrische onkologische Therapie: Chemotherapie stationär (LE=je angefangene Woche)
XB210	Pädiatrische onkologische Therapie: Erwinia-Asparaginase (LE=je Verabreichung)
XB270	Pädiatrische onkologische Therapie: Trabectedin (LE=je Verabreichung)

Hinweis 21-977

Frage Wie sind pädiatrische onkologische Therapien zu codieren?

Antwort Die Leistungen XB100 bis XB270 sind nur bei ambulanten Besuchen/stationären Aufenthalten von Kindern/Jugendlichen zu codieren. Bei Codierung in Kombination mit einem Alter > 25 wird von der Plausibilitätsprüfung ein Error generiert.

XB100 ist bei ambulanten Besuchen/0-Tagesaufenthalten zu erfassen, wenn eine pädiatrische onkologische Therapie verabreicht wird, die nicht unter einer eigenen Leistungsnummer (XB2xx) codierbar ist. Die Codierung erfolgt 1x pro ambulantem Besuch.

XB100 ist bei stationären Aufenthalten zu erfassen, wenn eine pädiatrische onkologische Therapie verabreicht wird, die nicht unter einer eigenen Leistungsnummer (XB2xx) codierbar ist. Die Codierung erfolgt alle 7 Tage ab dem ersten Behandlungstag.

Wenn eine der unter XB2xx abgebildeten Substanzen (z.B. Erwinia-Asparaginase, Clofarabin, Trabectedin) verabreicht wird, ist dies unter der jeweiligen Leistungsnummer zu codieren.

Wenn auch andere Substanzen verabreicht werden, ist dies unter XB100/XB110 zu codieren.

Überarbeitete Hinweise:

CODE	Bezeichnung
QZ540	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)

Hinweis 09-815

Frage Wie ist die Operation eines Sinus pilonidalis nach Karydakis zu codieren?

Antwort Die asymmetrische Exzision des Sinus pilonidalis nach Karydakis ist unter QZ540 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
QZ540	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)

Hinweis 09-840

Frage Wie ist die Exzision eines großen Lipoms (z.B. 10 x 10 x 15 cm) zu erfassen?

Antwort Die Entfernung eines Lipoms ist unter „QZ540 – Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)“ zu erfassen.

CODE	Bezeichnung
LG020	Arthrodese des Iliosakralgelenks (LE=je Sitzung)
LH081	Osteosynthese an den Facettengelenken/der Lamina (LE=je Sitzung)

Hinweis 01-918

Frage Wie ist eine Arthrodese des Iliosakralgelenks zu codieren?

Antwort Die Arthrodese des Iliosakralgelenks ist ab dem Berichtsjahr 2020 unter der neuen Leistung LG020 zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NZ200	Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Hinweis 10-342

Frage Wie sind Operationen bei Fehlstellungen des Fußes zu codieren?

Antwort Operationen bei Fehlstellungen des Fußes sind 1x je Fuß unter einer der folgenden Leistungspositionen zu codieren. Die Leistungen umfassen alle Operationen an Knochen/Gelenken (Osteotomien/Arthrodesen etc.). Begleitende Eingriffe an den Sehnen/Weichteilen sind inkludiert. Die Leistungen sind topografisch gegliedert:

- NZ200 – Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)
- NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
- NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Eine Kombination der verschiedenen Leistungen ist möglich.

CODE	Bezeichnung
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Hinweis 10-338

Frage Wie ist zu codieren, wenn auf einer Seite eine Operation des Hallux und der Krallenzehe durchgeführt wird?

Antwort Es ist 1x unter „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes“ und 1x unter „NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Hinweis 10-341

Frage Wie ist zu codieren, wenn eine beidseitige Operation des Hallux (z.B. mit Umstellungsosteotomie) in einer Sitzung durchgeführt wird?

Antwort Es ist 2x „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Hinweis 10-691

Frage Wie ist eine Operation nach Brandes zu codieren?

Antwort Eine Operation nach Brandes ist unter „NZ200 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)

Hinweis 10-339

Frage Wie ist eine Strecksehnenverlängerung am Fuß (z.B. bei Zustand nach Hammerzeheoperation und Überstreckkontraktur der 2. Zehe rechts) zu codieren?

Antwort Es ist 1x unter „NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

CODE	Bezeichnung
XA200 bis XA250	Zusätzliche onkologische Therapien
XB100 bis XB270	Pädiatrische onkologische Therapien
XC012 bis XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene

Hinweis 21-907

Frage Bei welchen Erkrankungen sind die im Leistungskatalog abgebildeten onkologischen Therapien (XB100–XB270, XC012–XC990) und zusätzlichen onkologischen Therapien (XA200–XA250) codierbar?

Antwort Alle onkologischen Therapien und alle zusätzlichen onkologischen Therapien sind ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen codierbar.
Als onkologische Erkrankungen gelten:

- die Codes der Gruppe „Bösartige Neubildungen“ (C00–C97)
- intrakranielle gutartige Neubildungen (D32, D33)
- die Codes der Gruppe „Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens“ (D37–D48)

Die im Leistungskatalog abgebildeten zusätzlichen onkologischen Therapien (XA200–XA250) sind darüber hinaus auch bei aplastischen Anämien (D60, D61), Thrombozytopenien (D69.3–D69.6) und anderen schweren primären und sekundären Schädigungen des Knochenmarks (D63.0, D64.8, D70, D76) codierbar.

3 Erläuterungen zur Datenmeldung

3.1 Satzart X01

Was ist zu melden, wenn Patientinnen/Patienten die Ambulanz vor der ambulanten Untersuchung/Behandlung verlassen?

Wenn lediglich eine Anmeldung am Schalter bzw. eine Abklärung zur Beurteilung der Dringlichkeit (Triageuntersuchung) erfolgt und die Patientinnen/Patienten die Ambulanz vor der eigentlichen Untersuchung/Behandlung verlassen, ist kein ambulanter Besuch zu melden.