

Hinweise zur Dokumentation von COVID-19 in Krankenanstalten

Stand: 14. Mai 2020

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

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

Projektleitung:

Mag. Gerhard Embacher (BMSGPK)

Projektteam

BMSGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Stefan Eichwalder (Abteilungsleiter),
Gertrud Fritz, Mag. Simona Iskra, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):

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

Ärzteteam:

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

Statistik:

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 Mai 2020

Alle Rechte vorbehalten:

Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-Rom.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Fragen zur Diagnosencodierung.....	5
Wie ist der Krankheitsfall mit bestätigtem „Coronavirus“ zu verschlüsseln?.....	5
Wann ist U07.1 als Hauptdiagnose zu codieren?.....	5
Wann ist U07.1 als Zusatzdiagnose zu codieren?	5
Wie sind Verdachtsfälle, die sich nicht bestätigen, zu verschlüsseln?.....	5
Wie ist zu codieren, wenn sich ein Verdachtsfall im weiteren Verlauf des Aufenthalts bestätigt? (14.05.2020)	5
Wann ist U07.2 zu codieren? (14.05.2020).....	5
Beispiele zur Codierung von COVID-19 bei stationären Aufenthalten (14.05.2020).....	6
Wie sind Quarantänefälle zu verschlüsseln?	7
Sind Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 auch ambulant zu verschlüsseln? (01.04.2020)	7
Mit welchem Datum ist die Diagnose bei einem COVID-19-Fall zu erfassen?.....	7
Fragen zur Leistungscodierung.....	7
Wie sind COVID-19-Abstriche und Labordiagnostik an stationären oder ambulanten PatientInnen zu codieren? (03.04.2020).....	7
Fragen zur administrativen Dokumentation	8
Wie ist zu dokumentieren, wenn auf Grund der COVID-19-Situation ambulante Kontakte telefonisch abgewickelt werden müssen? (08.04.2020).....	8
Wie ist die Betreuung von tagesklinischen Patienten in der Psychiatrie, KJP oder Psychosomatik zu dokumentieren, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben? (03.04.2020)	8
Wie sind COVID-Intensiveinheiten in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen?	9
Wie sind aufgrund von COVID-19 zusätzlich geschaffene Intensiveinheiten (z.B. in Aufwächräumen) in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen? (03.04.2020)	9
Worauf ist bei COVID-bedingten Verlegungen zu achten? (01.04.2020)	10
Wie sind Aufenthalte in nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten KA zu kennzeichnen, die aus Kapazitätsgründen von anderen Krankenanstalten zugewiesen wurden?.....	10
Wie sind Aufenthalte zu kennzeichnen, die in Einrichtungen ohne KA-Katasternummer („Temporäre KA“) stationär behandelt werden?.....	11

Fragen zur Diagnosencodierung

Wie ist der Krankheitsfall mit bestätigtem „Coronavirus“ zu verschlüsseln?

Krankheitsfälle mit bestätigtem Virus sind unter „U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen“ zu verschlüsseln.

Bei Codierung als Hauptdiagnose erfolgt (in Analogie zu „U04.9 Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet“) eine Bepunktung über die Gruppe HDG05.03 „Pneumonie und Bronchiolitis“.

Wann ist U07.1 als Hauptdiagnose zu codieren?

Immer dann, wenn die Krankenhausaufnahme wegen COVID-19-Symptomatik erfolgte und die Testung vor oder zu Beginn des Aufenthalts erfolgte.

Wann ist U07.1 als Zusatzdiagnose zu codieren?

Wenn die stationäre Aufnahme wegen anderer Krankheiten, z.B. wegen eines Schlaganfalls, erfolgte und ein positiver Testbefund vorliegt.

Wie sind Verdachtsfälle, die sich nicht bestätigen, zu verschlüsseln?

Bei einem nicht bestätigten Verdachtsfall ist „Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen“ zu codieren.

Wie ist zu codieren, wenn sich ein Verdachtsfall im weiteren Verlauf des Aufenthalts bestätigt? (14.05.2020)

Wenn bei einem Verdachtsfall der Test im weiteren Verlauf des Aufenthalts positiv wird, ist der Code Z03.8 durch U07.1 zu ersetzen und U07.1 als Entlassungsdiagnose zu codieren.

Wann ist U07.2 zu codieren? (14.05.2020)

Von der WHO und in weiterer Folge dem DIMDI wurde der Code „U07.2 COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ ergänzt. Der Code U07.2 ist zu verwenden, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht.

Für die Diagnosendokumentation sind definitionsgemäß abgeklärte Entlassungsdiagnosen zu verwenden. Da das Ergebnis des Laborbefundes bei der Codierung zu berücksichtigen ist, ist im Regelfall entweder U07.1 oder Z03.8 zu codieren.

Die Diagnose U07.2 ist als Entlassungsdiagnose somit nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zu codieren.

Beispiele zur Codierung von COVID-19 bei stationären Aufenthalten **(14.05.2020)**

1. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen respiratorischer Symptomatik mit Verdacht auf COVID-19. Zu Beginn des Aufenthalts liegt noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis vor. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts wird der Test positiv.
 - Codierung von U07.1 als Hauptdiagnose
2. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen respiratorischer Symptomatik mit Verdacht auf COVID-19. Zu Beginn des Aufenthalts liegt noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis vor. Im weiteren Verlauf wird der COVID-19-Verdacht ausgeschlossen.
 - Codierung von Z03.8 als Hauptdiagnose, wenn der Verdacht auf COVID-19 ausgeschlossen und nichts Weiteres gefunden wurde.
 - Codierung jener Erkrankung als Hauptdiagnose, die nach Vorliegen aller Befunde als Ursache der respiratorischen Symptomatik identifiziert werden kann, z.B. J15.7 Pneumonie durch *Mycoplasma pneumoniae*. Codierung von Z03.8 als Zusatzdiagnose für den ausgeschlossenen Verdacht auf COVID-19.
3. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen respiratorischer Symptomatik mit Verdacht auf COVID-19. Zu Beginn des Aufenthalts liegt noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis vor. Im weiteren Verlauf erfolgt keine positive Testung. Anamnese, klinische Symptomatik und CT-Befund bestätigen die COVID-19 Diagnose.
 - Codierung von U07.2 als Hauptdiagnose
4. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines Schlaganfalls. Zu Beginn des Aufenthalts liegt ein Verdacht auf COVID-19 vor, aber noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis. Im weiteren Verlauf des Aufenthalts wird der Test positiv.
 - Codierung von U07.1 als Zusatzdiagnose
5. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines Schlaganfalls. Zu Beginn des Aufenthalts liegt ein Verdacht auf COVID-19 vor, aber noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis. Im weiteren Verlauf wird der Verdacht ausgeschlossen.
 - Codierung von Z03.8 als Zusatzdiagnose

6. Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen eines Schlaganfalls. Zu Beginn des Aufenthalts liegt ein Verdacht auf COVID-19 vor, aber noch kein Testbefund oder ein negatives Testergebnis. Im weiteren Verlauf erfolgt keine positive Testung. Anamnese, klinische Symptomatik und CT-Befund bestätigen die COVID-19 Diagnose.
- Codierung von U07.2 als Zusatzdiagnose

Wie sind Quarantänefälle zu verschlüsseln?

Quarantänefälle (bei Quarantäne im Krankenhaus) sind unter „Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme“ zu verschlüsseln.

Sind Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 auch ambulant zu verschlüsseln? (01.04.2020)

Für nachgelagerte Analysen wäre es wünschenswert, wenn es auch für ambulante Besuche eine COVID-Diagnosendokumentation gäbe. Eine entsprechende Verpflichtung dazu gibt es allerdings nicht.

Mit welchem Datum ist die Diagnose bei einem COVID-19-Fall zu erfassen?

Relevant für die hausinterne Erfassung ist das Datum der Diagnosestellung (= Vorliegen des positiven Testergebnisses) und nicht das Aufnahme- oder Entlassungsdatum. Für die MBDS-Datenmeldung ist kein Diagnosedatum erforderlich.

Fragen zur Leistungscodierung

Wie sind COVID-19-Abstriche und Labordiagnostik an stationären oder ambulanten PatientInnen zu codieren? (03.04.2020)

In der Datenmeldung an das BMSGPK sind nur die bundeseinheitlich definierten LeistungsCodes zu melden. Wenn auf Landesebene eine differenzierte Erfassung in den Krankenhäusern gewünscht wird, so werden für die Dokumentation auf Landesebene folgende Leistungsnummern vorgeschlagen:

- YX702 – SARS-COV-2 Infektionsdiagnostik (LE=je ambulantem Besuch)
- YX512 – SARS-COV-2 Entnahme von Untersuchungsmaterial zur In-vitro-Diagnostik (LE=andere)

Um In der Systematik des Katalogs zu bleiben, sollte der Nummernkreis mit ZX nicht verwendet werden, da dieser für künftige Erweiterungen auf Bundesebene reserviert ist.

In der Meldung an das BMSGPK sind die auf Landesebene verwendeten Codes dann auf die folgenden bundeseinheitlich definierten Leistungscode umzuschlüsseln:

- ZX700 – Infektionsdiagnostik (LE=je Befundzeile)
- ZV510 – Entnahme von Untersuchungsmaterial zur In-vitro-Diagnostik (LE=andere)

Fragen zur administrativen Dokumentation

Wie ist zu dokumentieren, wenn auf Grund der COVID-19-Situation ambulante Kontakte telefonisch abgewickelt werden müssen? (08.04.2020)

Im spitalsambulanten Bereich sind für Befundbesprechungen ohne Patientenkontakt grundsätzlich keine ambulanten Besuche zu melden. Dies gilt z.B. für telefonische Anrufe oder E-Mails.

Bedingt durch die COVID-19-Situation können aber Befundbesprechungen, Abklärungen von Therapieplänen, ärztliche Beratungsgespräche etc. ohne direkten Patientenkontakt bis auf Widerruf mit der Leistung ZZ533 verschlüsselt werden, wenn es sich um eine/n bestehende/n Patientin/Patienten handelt, der unter anderen Umständen zur Befundbesprechung, Stuserhebung etc. die Ambulanz aufgesucht hätte.

Zur Nachvollziehbarkeit ist in der Patientendokumentation die Telefonkonsultation wie ein Ambulanzbesuch zu dokumentieren. Im Datensatz X02 ist der ambulante Kontakt als physisch nicht anwesend zu kennzeichnen.

Allgemeine Anfragen, Auskunftsbegehren etc. von Anrufern, die nicht in Behandlung stehen und bei Aufsuchen der Ambulanz einen neuen Fall begründen würden, sind nicht zu erfassen und lösen auch keine ambulante Datenmeldung aus. Anrufer, die befürchten, sich mit dem Coronavirus infiziert zu haben, sind an die Hotline 1450 zu verweisen.

Wie ist die Betreuung von tagesklinischen Patienten in der Psychiatrie, KJP oder Psychosomatik zu dokumentieren, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben? (03.04.2020)

Bei der telefonischen Betreuung von in Behandlung befindlichen tagesklinischen Patientinnen/Patienten, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben, ist ein ambulanter Besuch ohne physische Anwesenheit anzulegen und es sind die jeweils erbrachten Leistungen aus den folgenden Leistungspositionen zu dokumentieren (Anmerkung: leistungserbringender FC wie sonst):

- AM550 – Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)
- AM560 – Psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung)
- AM580 – Psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) (LE=je Sitzung)

- AM590 – Klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)
- ZZ533 – Fachspezifische Folgeuntersuchung (Anamnese/Basisdiagnostik/Kontrollen) (LE=je Sitzung)
- ZZ550 – Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Stuserhebung (LE=je Sitzung)

Die Leistung AM060 – Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag) und vergleichbare Positionen sind nicht zu erfassen.

Wie sind COVID-Intensiveinheiten in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen?

Für COVID-Intensiveinheiten gilt im Hinblick auf Funktionscode und Intensivdokumentation keine spezielle Dokumentationsregel, die von der Norm abweicht. Ob es sich bei den dort behandelten Fällen um COVID-19-Fälle handelt, geht aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation hervor („U07.1 – COVID-19“). Die Diagnose kann als Haupt- oder Zusatzdiagnose codiert werden.

Wie sind aufgrund von COVID-19 zusätzlich geschaffene Intensiveinheiten (z.B. in Aufwächrräumen) in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen? (03.04.2020)

Die einfachste Möglichkeit ist es, die zusätzlich geschaffenen Intensiveinheiten einem bestehenden Intensiv-Funktionscode (Intensivüberwachung oder Intensivbehandlung) zuzuordnen. Wenn eine längerdauernde Beatmung vorgesehen ist, wird die Zuordnung zu einer Intensivbehandlungseinheit (Stufe 1–3) empfohlen. Es ist zu überprüfen, ob die zusätzlich geschaffenen Intensiveinheiten für die Intensiveinstufung des Folgejahres zu berücksichtigen sind.

Alternativ kann für die zusätzlich geschaffenen Intensiveinheiten auch ein neuer Funktionscode angelegt werden, der den gültigen Regeln entspricht (120617xx, 120717xx, 121117xx oder 12xx81xx für Intensivüberwachungseinheiten oder 12xx81xx für Intensivbehandlungseinheiten). Bei einem neuen Funktionscode ist auch eine (vorläufige) Zuordnung zu einer Intensivkategorie (Überwachungseinheit, Behandlungseinheit Stufe 1, 2 oder 3) vorzunehmen.

Erfolgt die Zuordnung zu einer als Intensivbehandlung eingestuften Einheit bzw. wird der neue Funktionscode als Behandlungseinheit eingestuft, so ist auch eine entsprechende Intensivdokumentation zu übermitteln. Bei Überwachungseinheiten ist eine Intensivdokumentation wünschenswert, aber nicht verpflichtend vorgesehen.

Für die zusätzlich geschaffenen Intensivbehandlungsmöglichkeiten müssen die LKF-Einstufungskriterien in Bezug auf Personal etc. nicht berücksichtigt werden.

Worauf ist bei COVID-bedingten Verlegungen zu achten? (01.04.2020)

Stationäre Aufenthalte, die COVID-bedingt verlegt werden müssen, können grundsätzlich auf jeder beliebigen Abteilung/Kostenstelle der Krankenanstalt behandelt werden. Es ist der Funktionscode jener Abteilung/Kostenstelle zu dokumentieren, auf der sich der Patient physisch befindet.

Von einer Verlegung auf die vom Landesgesundheitsfonds speziell eingestuftten Leistungsbereiche (Neuronachbehandlung, Stroke Unit, Geriatrie, Palliativ, Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Psychiatrie, Psychosomatik, Alkohol-/Drogenentwöhnung, Remobilisation/Nachsorge) ist soweit als möglich abzusehen.

Wie sind Aufenthalte in nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten KA zu kennzeichnen, die aus Kapazitätsgründen von anderen Krankenanstalten zugewiesen wurden?

Zur Dokumentierbarkeit von Aufenthalten, die aus Kapazitätsgründen zugewiesen wurden, wird der gültige Wertebereich für das Datenfeld Aufnahme-/Zugangsart 2 erweitert.

Diese Möglichkeit der Dokumentation wurde zunächst für PRIKRAF-Anstalten und andere nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten geschaffen, kann aber bei entsprechendem Bedarf auf landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ausgeweitet werden.

Zulässige Ausprägungen Aufnahme-/Zugangsart 2:

P	geplante stationäre Aufnahme/geplanter ambulanter Besuch (mit vorhergehender Terminvereinbarung, Richtwert: mindestens 24 Stunden)
A	akute stationäre Aufnahme/akuter ambulanter Besuch (ohne vorhergehende Terminvereinbarung)
K	stationäre Aufnahme/ambulanter Besuch aus Kapazitätsgründen zugewiesen


Erfolgt die Zuweisung direkt durch eine andere Krankenanstalt, so ist als Aufnahme-/Zugangsart 1 „T – Transfer von einem anderen Krankenhaus in den allgemein stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten“ mit Angabe der zuweisenden oder der ursprünglich zuständigen Krankenanstalt zu codieren – unabhängig davon, ob eine stationäre Aufnahme in der anderen Krankenanstalt erfolgt ist.

Wie sind Aufenthalte zu kennzeichnen, die in Einrichtungen ohne KA-Katasternummer („Temporäre KA“) stationär behandelt werden?

Eine „temporäre Krankenanstalt“ ist als Außenstelle (Standort) einer bestehenden Krankenanstalt zu führen. Die Nummerierung und Bezeichnung der Standorte werden bundeseinheitlich über die XDok-Stammdatendatei „OEKASO.dat (KA-Standorte)“ vorgegeben. Bitte vorab dem BMSGPK die geplante Eröffnung eines Standortes bekanntgeben, damit es die Datei entsprechend anpassen kann. Im Kostenstellenplan (Satzart K01) der LKF-Datenmeldung ist eine zusätzliche Kostenstelle für diesen Standort aufzunehmen.

Als Funktionscode wird empfohlen: „1x0511 Innere Medizin und Infektiologie – allgemein“. Sollte eine Krankenanstalt noch keinen zweiten Standort haben, so sind zunächst die KA-Nummern in den bestehenden Kostenstellen in Satzart K01 um „1“ zu erweitern, z.B. Knnn.1 und der neue Standort mit einer fortlaufenden Nummer zu versehen, z.B. Knnn.2.

Die Dokumentation der administrativen Daten sowie der Diagnosen und Leistungen hat analog zur Dokumentation in Akutkrankenanstalten zu erfolgen und ist dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu übermitteln.



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)