

Hinweise zur Dokumentation von COVID-19 in Krankenanstalten

Stand: 16. März 2022

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 (Klinikum Freistadt, OÖG), Fachleute 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 März 2022

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? (16.03.2022)	5
Wann ist U07.1 als Hauptdiagnose zu codieren? (16.03.2022)	5
Wann ist U07.1 als Zusatzdiagnose zu codieren? (16.03.2022).....	5
Wie sind Verdachtsfälle, die sich nicht bestätigen, zu verschlüsseln?.....	6
Wie ist zu codieren, wenn sich ein Verdachtsfall im weiteren Verlauf des Aufenthalts bestätigt? (14.05.2020)	6
Wann ist U07.2 zu codieren? (16.03.2022)	6
Wann ist U08.9 zu codieren? (07.05.2021)	6
Wann ist U09.9 zu codieren? (07.05.2021)	7
Wie sind Aufenthalte bei „Long COVID“ zu codieren? (07.05.2021)	7
Wann ist U10.9 zu codieren? (04.02.2021)	7
Beispiele zur Codierung von COVID-19 bei stationären Aufenthalten (14.05.2020).....	8
Wie sind Quarantänefälle zu verschlüsseln?	9
Sind Diagnosen im Zusammenhang mit COVID-19 auch ambulant zu verschlüsseln? (01.04.2020)	9
Mit welchem Datum ist die Diagnose bei einem COVID-19-Fall zu erfassen?.....	9
Fragen zur Leistungscodierung.....	9
Wie sind COVID-19-Abstriche und Labordiagnostik an stationären oder ambulanten Patient:innen zu codieren? (03.04.2020).....	9
Sind COVID-19-Abstriche und Labordiagnostik am Personal in der LKF-Dokumentation zu erfassen? (04.02.2021).....	10
Fragen zur administrativen Dokumentation	10
Wie ist zu dokumentieren, wenn auf Grund der COVID-19-Situation ambulante Kontakte telemedizinisch-abgewickelt werden müssen? (16.03.2022)	10
Wie ist die Betreuung von tagesklinischen Patient:innen in der Psychiatrie, KJP oder Psychosomatik zu dokumentieren, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben? (16.03.2022)	11
Wie sind COVID-Intensivseinheiten in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen?	11
Wie sind aufgrund von COVID-19 zusätzlich geschaffene Intensivseinheiten (z.B. in Aufwächerräumen) in Bezug auf Funktionscode und Intensivdokumentation zu führen? (03.04.2020)	12
Worauf ist bei COVID-bedingten Verlegungen zu achten? (01.04.2020)	12
Wie sind Aufenthalte in nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten KA zu kennzeichnen, die aus Kapazitätsgründen von anderen Krankenanstalten zugewiesen wurden?.....	13
Wie sind Aufenthalte zu kennzeichnen, die in Einrichtungen ohne KA-Katasternummer („Temporäre KA“) stationär behandelt werden?.....	13

Fragen zur Diagnosencodierung

Wie ist der Krankheitsfall mit bestätigtem „Coronavirus“ zu verschlüsseln? (16.03.2022)

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

Mit dem Service Pack 1 für das LKF-Modell 2022 erfolgte eine Ergänzung von differenzierten Codes zur Codierung der klinischen Relevanz. Der vierstellige Code U07.1 kann weiterhin übermittelt werden, die Verwendung der nachfolgend dargestellten 5-Steller, insbesondere von U07.11 und U07.12, wird empfohlen:

Code	Bezeichnung
U07.1	COVID-19, Virus nachgewiesen
U07.11	COVID-19, Virus nachgewiesen, schwere Erkrankung
U07.12	COVID-19, Virus nachgewiesen, keine oder leichte Erkrankung
U07.19	COVID-19, Virus nachgewiesen, keine Angabe zur Schwere der Erkrankung

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? (16.03.2022)

U07.1 bzw. U07.11 ist immer dann als Hauptdiagnose zu codieren, wenn die Krankenhausaufnahme wegen einer COVID-19-Symptomatik erfolgte und die Testung vor oder zu Beginn des Aufenthalts erfolgte.

Wann ist U07.1 als Zusatzdiagnose zu codieren? (16.03.2022)

Wenn die stationäre Aufnahme wegen anderer Krankheiten, z.B. wegen eines Schlaganfalls, erfolgte und ein positiver Testbefund vorliegt, ist U07.1 bzw. je nach Schwere des Verlaufs U07.11 oder U07.12 als Zusatzdiagnose zu codieren.

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? (16.03.2022)

Der Code „U07.2 COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ wurde von der WHO ergänzt und 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 Dokumentation als Entlassungsdiagnose in österreichischen Krankenanstalten hat U07.2 keine Relevanz und ist nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zu codieren. Daher wird bei Codierung der Diagnose U07.2 ab dem Service Pack 1 für 2022 der Warnhinweis „WX3C Diagnose unwahrscheinlich“ ausgegeben.

Wann ist U08.9 zu codieren? (07.05.2021)

Der Code „U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ ist als Zusatzdiagnose bei allen Aufenthalten nach einer vorausgegangenen Coronavirus-Krankheit-2019 zu codieren, wenn die Aufnahme nicht wegen eines Post-COVID-19-Zustandes erfolgt ist bzw. keine Diagnose einem Post-COVID-19-Zustand zuordenbar ist. Als Hauptdiagnose ist der Hauptgrund für den jeweiligen Aufenthalt zu codieren (z.B. G45.9 „Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet“).

Anmerkung:

Im Hinweistext zum Code „U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet“ wird das Wort möglicherweise ergänzt:

„Benutze diese Schlüsselnummer, um eine frühere, bestätigte Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu kodieren, die **möglicherweise** den Gesundheitszustand einer Person beeinflusst oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt, die Person aber nicht mehr an COVID-19 leidet.“

Übereinkunftsgemäß ist U08.9 in Österreich bei allen anamnestisch bekannten COVID-19-Erkrankungen zu erfassen.

Wann ist U09.9 zu codieren? (07.05.2021)

Der Code „U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ ist als Zusatzdiagnose bei Aufenthalten zu erfassen, bei denen zumindest eine der erfassten Diagnosen (Haupt- oder Zusatzdiagnose) im Zusammenhang mit einer bereits überstandenen COVID-19-Erkrankung steht, z.B. G93.3 „Postvirales Müdigkeitssyndrom“.

Als Hauptdiagnose ist der Hauptgrund für den Aufenthalt zu codieren.

Anmerkung:

Der Code „U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ wurde von der WHO mit dem folgenden Hinweis versehen:

„Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) steht. Diese Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.“

Wie sind Aufenthalte bei „Long COVID“ zu codieren? (07.05.2021)

Bei z.B. einem Aufenthalt zur Rehabilitation wegen eines Post-COVID-Syndroms ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose zu codieren, die als Hauptgrund für den jeweiligen Aufenthalt identifiziert wird, z.B. G93.3 „Postvirales Müdigkeitssyndrom“. Der Code „U09.9 „Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ ist als Zusatzdiagnose zu erfassen.

Wann ist U10.9 zu codieren? (04.02.2021)

Der Code „U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet“ ist jedenfalls bei den folgenden Erkrankungsbildern zu codieren, wenn diese zeitlich assoziiert mit COVID-19 auftreten:

- "Kawasaki-like"-Syndrom
- Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)
- Paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)
- Zytokinsturm

Die folgenden Krankheitsbilder wurden ausgeschlossen (Exklusiva):

- Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] (M30.3)
- Zytokinfreisetzungssyndrom [Cytokine release syndrome] (D76.4)

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 Patient:innen 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 LeistungsCodes umzuschlüsseln:

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

Sind COVID-19-Abstriche und Labordiagnostik am Personal in der LKF-Dokumentation zu erfassen? (04.02.2021)

Für Covid-19-Testungen des Personals und ähnliche Screeningmaßnahmen sind keine ambulanten Datensätze zu übermitteln. Dies gilt auch dann, wenn die Untersuchungen in der Ambulanz durchgeführt werden.

Fragen zur administrativen Dokumentation

Wie ist zu dokumentieren, wenn auf Grund der COVID-19-Situation ambulante Kontakte telemedizinisch abgewickelt werden müssen? (16.03.2022)

Bedingt durch die COVID-19-Situation wurde für die telemedizinische Abwicklung ambulanter Kontakte in den Jahren 2020 und 2021 eine Sonderregelung eingeführt, die es ermöglichte, Befundbesprechungen, Abklärungen von Therapieplänen, ärztliche Beratungsgespräche etc. ohne direkten Patientenkontakt bis auf Widerruf mit der Leistung ZZ533 zu verschlüsseln, wenn es sich um eine:n bestehende:n Patient:in handelte, die:der unter anderen Umständen zur Befundbesprechung, Statuserhebung etc. die Ambulanz aufgesucht hätte.

Für das LKF-Modell 2022 wurden eigene Leistungspositionen zur Codierung telemedizinischer Leistungen geschaffen. Seither ist an Stelle von ZZ533 die neue Leistungsposition „ZZ534 – Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)“ zu verwenden.

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 Patient:innen in der Psychiatrie, KJP oder Psychosomatik zu dokumentieren, die auf Grund der COVID-19-Situation zu Hause bleiben? (16.03.2022)

Bei der telemedizinischen Betreuung von in Behandlung befindlichen tagesklinischen Patient:innen, 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, die 2022 zur Dokumentation telemedizinischer Leistungen eingeführt wurden, zu codieren (**Anmerkung:** leistungserbringender FC wie auch sonst üblich):

- AM551 – Telemedizinische Behandlung bei psychosomatischen Beschwerden (LE=je Sitzung)
- AM561 – Telemedizinische psychotherapeutische Einzeltherapie (LE=je Sitzung)
- AM581 – Telemedizinische psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention) (LE=je Sitzung)
- AM591 – Telemedizinisches klinisch-psychologisches Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)
- ZZ534 – Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)
- ZZ551 – Telemedizinische nicht-ärztliche diagnostisch-therapeutische Aussprache (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 eingestuften 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)