

Handbuch zur Dokumentation – Anhang 3 (Erläuterungen zur Daten- meldung)

Stand: 1. Jänner 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, 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

1 Allgemeine Fragen zur ambulanten Datenmeldung	5
2 Fragen zu den einzelnen Satzarten	10
2.1 Fragen zur Satzart X01 Basisdaten.....	10
2.2 Fragen zur Satzart X02 Hauptkostenstellen	11
2.3 Fragen zur Satzart X03 Diagnosen	12
2.4 Fragen zur Satzart X04 Medizinische Leistungen	12
3 Fragen zu Aufnahme- und Entlassungskennzeichen.....	15
4 Fragen zu Plausibilitäts- und Fehlerprüfungen.....	18

1 Allgemeine Fragen zur ambulanten Datenmeldung

Von welchen Krankenanstalten sind ambulante Datenmeldungen zu übermitteln?

Ambulante Datenmeldungen sind von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und von den den Akutkrankenanstalten der Unfallversicherungsträger zu übermitteln.

Die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten aus dem ambulanten Bereich ist im §6a des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen geregelt.

Wie oft sind Datenmeldungen zu liefern?

Für jedes Kalenderjahr sind die Daten an das BMGF einerseits als Halbjahres-Datenmeldung für das erste Halbjahr und andererseits als Gesamtjahres-Datenmeldung zu übermitteln.

Sollten sich für eine bereits übermittelte Datenmeldung Änderungen ergeben (Datenkorrekturen, Stornos), so ist folgendermaßen vorzugehen:

- Im Fall von fehlenden Daten sind diese umgehend zu übermitteln.
- Im Fall von nachträglich zu korrigierenden Daten ist die entsprechende Meldung zu korrigieren und umgehend in vollständigem Umfang nochmals zu übermitteln.
- Im Fall von nachträglich zu löschenden Daten ist die entsprechende Meldung zu bereinigen und umgehend in vollständigem Umfang nochmals zu übermitteln.

Bezüglich der Datenmeldung zwischen Krankenanstalten und Landesgesundheitsfonds können andere Regelungen vereinbart werden.

Können in der Kommunikation mit der SV weiterhin die gewohnten Datensätze verwendet werden?

Die Datenmeldung an die SV bleibt unverändert und wird durch das Dokumentationsgesetz und die Verordnung zur ambulanten Dokumentation nicht geregelt.

Was haben die Krankenhäuser hinsichtlich der übermittelten Aufnahmezahlen zu beachten?

Es muss sichergestellt sein, dass die Krankenhäuser sowohl an den Landesgesundheitsfonds als auch an den Sozialversicherungsträger eine idente Aufnahmezahl übermitteln.

Für welche Patienten/Patientinnen ist eine ambulante Datenmeldung zu übermitteln?

Nur für alle Patienten/Patientinnen, für die kein stationärer Krankenhausaufenthalt besteht, ist eine ambulante Datenmeldung zu übermitteln.

Die bis 2016 mögliche optionale Meldung ambulanter Frequenzen stationärer Patienten/Patientinnen der eigenen oder einer anderen Krankenanstalt ist ab dem Berichtsjahr 2017 nicht mehr zulässig.

Die Datenmeldung hat auch ambulante Besuche von Selbstzahlern/Selbstzahlerinnen und Patienten/Patientinnen ohne Versichertenanspruchserklärung (VAE) zu umfassen. In Satzart X01 können im Feld „Leistungszuständiger Kostenträger – Code“ Selbstzahler*innen analog zur Datenmeldung für den stationären Bereich gekennzeichnet werden.

Für alle ambulanten Kontakte/Leistungen, die im Rahmen von bestehenden Kassenverträgen zwischen der Krankenanstalt und Sozialversicherungsträgern erbracht werden, erfolgt die Datenmeldung mit der jeweiligen Vertragspartnernummer an den jeweiligen Sozialversicherungsträger.

Von der KA ist sicherzustellen, dass für diese Kontakte/Leistungen nicht gleichzeitig eine Abrechnung mit den Landesgesundheitsfonds erfolgt.

Anmerkung: Im extramuralen Bereich liegen für Leistungen von Selbstzahlern/Selbstzahlerinnen und Wahlärzten/Wahlärztinnen im Regelfall keine Abrechnungsdaten vor und können daher auch nicht gemeldet werden.

Ist für ambulante Besuche von stationären Patient*innen eines anderen Krankenhauses eine ambulante Datenmeldung zu übermitteln?

Nein. Dies gilt auch dann, wenn der ambulante Besuch aus anderen Gründen als der stationäre Aufenthalt erfolgt und unabhängig davon, ob eine gegenseitige Verrechnung erfolgt.

Welche Bewegungsarten sind bei der ambulanten Datenmeldung zu berücksichtigen?

Alle Bewegungsarten, die im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung stehen, inklusive ambulante Besuche von Organ-/Knochenmarkspendern sowie Besuche für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen, sind im Rahmen der ambulanten Datenmeldung zu übermitteln.

Andere Bewegungsarten, wie z.B. Forschungs- Patient*innen, rein wissenschaftliche Untersuchungen, Blutspender*innen sowie Besuche zur Erstellung von Gutachten sind von der Datenmeldung auszunehmen.

Sind bei der Dokumentation im ambulanten Bereich auch ambulante Besuche ohne erfasste Leistung zu berücksichtigen?

Für jeden ambulanten Besuch sind die Satzarten X01 und X02 zu übermitteln, auch wenn keine im bundeseinheitlichen Leistungskatalog abgebildete spezifische Leistung erfasst wurde. Die Meldung der Satzart X04 entfällt in diesem Fall.

Anmerkung: Bei rein administrativen Bewegungen (Erstellen von Kopien, Befundbesprechungen ohne Patientenkontakt, Telefonate etc.) ist kein ambulanter Besuch zu melden und die Satzarten X01 und X02 sind nicht zu übermitteln.

Wer codiert und meldet Daten?

Alle Leistungen sind ausschließlich von jenem Leistungserbringer/jener Leistungserbringerin zu dokumentieren, der/die den ambulanten Besuch bzw. die jeweilige Leistung abrechnet. Dies entspricht der Vorgangsweise im stationären und niedergelassenen Bereich.

Erfolgt z.B. der ambulante Besuch in Krankenhaus A und die Laboranalyse in Krankenhaus B und es ist zwischen den Krankenhäusern eine gegenseitige Leistungsverrechnung vereinbart (medizinische Fremdleistung der KA B), so sind alle Leistungen von Krankenhaus A zu dokumentieren.

Erfolgt dagegen keine gegenseitige Leistungsverrechnung, so sind die Leistungen in der Krankenhaus B zu dokumentieren.

Hat auch eine Datenmeldung zu erfolgen, wenn der Patient/die Patientin nicht physisch anwesend ist, z.B. bei Telefonaten?

Ohne physische Anwesenheit ist grundsätzlich keine Datenmeldung zu übermitteln. Dies gilt z.B. für telefonische Anrufe oder E-Mails.

Eine Ausnahme bildet die Datenmeldung von Probenuntersuchungen bei externer Einlieferung ohne gegenseitige Leistungsverrechnung (Kennzeichen für „Physische Anwesenheit“ in Satzart X02 ist „N“).

Wie ist mit Leistungen ohne physische Anwesenheit des Patienten – z.B. Laborleistungen, Pathologieleistungen – umzugehen?

Ohne physische Anwesenheit ist nur dann eine eigene Datenmeldung (Satzarten X01, X02 und X04) zu übermitteln, wenn es sich um Einsendungen anderer Krankenhäuser oder extramuraler Gesundheitseinrichtungen handelt, für die keine Leistungsverrechnung an den Einsender erfolgt.

Erfolgt die Leistungserbringung für eigene Patient*innen zu einem späteren Zeitpunkt (z.B. Labor) als der Besuch, ist nur Satzart X04 mit dem Datum der Leistungserbringung zu erfassen und jenem Besuch (Satzart X01) zuzuordnen, der die Leistungsanforderung ausgelöst hat.

Hinweis: Für Labor- und Pathologieleistungen (alle mit ZX und ZV beginnenden Codes außer ZV510) ist der Gültigkeitsbereich für das Leistungsdatum im Programmpaket XDok auf das Datum des ambulanten Besuchs +30 Tage erweitert.

Wie ist mit extern erbrachten Leistungen – z.B. Laborleistungen, Pathologieleistungen – umzugehen?

Ohne gegenseitige Leistungsverrechnung erfolgt die Dokumentation nur durch den Leistungserbringer, wie oben dargestellt.

Bei gegenseitiger Leistungsverrechnung erfolgt dagegen die Datenmeldung nur durch die anfordernde Krankenanstalt. Dabei ist in Satzart X04 das Datenfeld „Krankenanstaltennummer leistungserbringend“ anstelle des Felds „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ zu befüllen. In Satzart X02 ist die anfordernde Kostenstelle zu übermitteln.

Wie oft ist ein neuer Datensatz anzulegen?

Bei jedem ambulanten Besuch ist pro Kalendertag ein Datensatz der Satzart X01 anzulegen. In der Satzart X02 sind die Funktionscodes aller an diesem Tag besuchten Ambulanzen zu übermitteln.

Falls mehrere Aufnahmezahlen vergeben werden, ist eine davon (im Regelfall die der zuerst besuchten Kostenstelle) einheitlich als Aufnahmezahl in allen Datensätzen zu verwenden. Die übrigen Aufnahmezahlen sind bei der Übermittlung an den Landesgesundheitsfonds als funktionscodebezogene Aufnahmezahl zu übermitteln.

Bei ambulanten Besuchen, die über Mitternacht hinausgehen, ist nur dann ein neuer Datensatz X01 anzulegen, wenn nach Mitternacht eine weitere Ambulanz besucht und ein neuer Datensatz X02 angelegt wird.

Ambulante Besuche (Satzart X01), bei denen ein Kontakt auf einer Hauptkostenstelle bzw. einem Fachgebiet (Satzart X02) vor Mitternacht beginnt, dazugehörige Leistungen aber erst nach Mitternacht erbracht werden, sind sowohl in der Satzart X01 als auch in der Satzart X02 dem Kalendertag vor Mitternacht zuzuordnen. Bei den dazugehörigen Leistungen (Satzart X04) ist jedoch der Kalendertag nach Mitternacht im Datenfeld „Medizinische Leistung – Datum der Erbringung“ anzugeben.

Auch wenn anschließend eine stationäre Aufnahme erfolgt?

Analog zu den Definitionen in der KA-Statistik ist dann nur der stationäre Aufenthalt zu erfassen. Der ambulante Besuch ist nicht zu melden. Im Rahmen des ambulanten Besuchs erfasste Leistungspositionen, die auch im stationären Bereich verpflichtend zu erfassen sind, sind mit der stationären Datenmeldung zu übermitteln.

Auch wenn der Patient/die Patientin am selben Tag aus einem stationären Aufenthalt entlassen wurde?

Für ambulante Besuche von Patient*innen, die am gleichen Kalendertag aus einem stationären Aufenthalt entlassen wurden, ist nur dann ein Datensatz X01 anzulegen, wenn der ambulante Besuch in keinem Zusammenhang zum stationären Aufenthalt steht (z.B. ambulante Behandlung einer nach dem stationären Aufenthalt erworbenen Verletzung).

Auch wenn der Patient/die Patientin schon am selben Tag in einer anderen Ambulanz war?

Wenn der gleiche Patient/die gleiche Patientin zu einem späteren Zeitpunkt erneut eine Ambulanz der gleichen Krankenanstalt aufsucht, sind die besuchten Ambulanzen der Satzart X02 für diesen Tagesbesuch hinzuzufügen. Es ist kein neuer Datensatz X01 anzulegen.

Was ist zu melden, wenn Patient*innen 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 Patient*innen die Ambulanz vor der eigentlichen Untersuchung/Behandlung verlassen, ist kein ambulanter Besuch zu melden.

An wen kann man sich mit Fragen zur ambulanten Dokumentation wenden?

Fragen zur ambulanten Dokumentation können an die von Dr. Andreas Egger betreute LKF-Hotline gerichtet werden (E-Mail: LKF-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at, Telefon: +43 1 711 00 DW 644550).

2 Fragen zu den einzelnen Satzarten

2.1 Fragen zur Satzart X01 Basisdaten

Geburtsdatum: Was ist zu dokumentieren, wenn das Alter nicht erhoben werden kann?

Kann das Alter eines Patienten/einer Patientin nicht exakt erhoben werden, ist aufgrund der vorliegenden Fakten ein realistisches Geburtsdatum anzunehmen.

Wohnsitz – PLZ: Was ist zu dokumentieren, wenn keine Wohnsitz-PLZ erhoben werden kann?

Bei Patient*innen ohne Wohnsitz ist die PLZ des behandelnden Leistungserbringers/der behandelnden Leistungserbringerin einzugeben.

Wohnsitz – Gemeindecode:

Bei Patient*innen ohne Wohnsitz ist der Gemeindecode des behandelnden Leistungserbringers/der behandelnden Leistungserbringerin einzugeben.

Fondsrelevanz:

Mit dem Kennzeichen „Fondsrelevanz“ wird festgelegt, ob die Abrechnung für den ambulanten Besuch/stationären Aufenthalt über den Landesgesundheitsfonds erfolgt.

Das Feld ist wie folgt zu befüllen:

- mit „J“, wenn die Abrechnung über den LGF erfolgt,
- mit „K“, wenn keine Abrechnung über den LGF erfolgt und eine Vereinbarung zur Kostenerstattung durch den entsprechenden Sozialversicherungsträger besteht (z.B. für Vorsorgeuntersuchungen),
- mit „N“ für alle anderen Fälle, wenn keine Abrechnung über den LGF erfolgt (z.B. bei allen nicht abrechnungsrelevanten Kostenträgern).

Sind nur einzelne Leistungen betroffen, ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ in der Satzart X04 entsprechend zu befüllen.

Wie ist das Feld „Fondsrelevanz“ von Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF abrechnen, zu befüllen?

Für Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF abrechnen, ist das Feld mit der Ausprägung „K“ zu befüllen, wenn eine Abrechnung des stationären Aufenthalts/ambulanten Besuchs über einen Sozialversicherungsträger erfolgt, in allen anderen Fällen mit „N“.

Zur Vereinfachung ist für Krankenanstalten, die nicht über Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF abrechnen, auch eine einheitliche Befüllung mit „N“ zulässig.

2.2 Fragen zur Satzart X02 Hauptkostenstellen

Welche Funktionscodes sind hier zu dokumentieren?

Hier sind alle nichtbettenführenden Kostenstellen zu erfassen, auf denen ein ambulanter Kontakt stattgefunden hat, unabhängig davon, ob auch eine Leistung erfasst wurde. Auf bettenführenden Funktionscodes sind keine ambulanten Besuche zu melden. Wenn zum Beispiel während der Schließzeiten der Ambulanz der ambulante Besuch auf der Station erfolgt, so ist dieser Besuch als Besuch auf dem entsprechenden ambulanten Funktionscode zu melden.

Auch wenn im Rahmen des ambulanten Besuches ein auf der Bettenstation befindliches Gerät verwendet wird, ist der Funktionscode der Ambulanz zu verwenden.

Bei Probeneinsendungen (auch hausintern) ist ebenfalls ein Datensatz X02 zu übermitteln und das Feld für „Physische Anwesenheit“ auf „N“ (Nein) zu setzen.

Wie ist das Feld „Physische Anwesenheit“ zu befüllen?

Das Feld ist pro Funktionscode zu befüllen. Bei Untersuchungen, bei denen der Patient nicht anwesend ist (z.B. eingesendete Laboranalysen), ist das Feld „Physische Anwesenheit“ auf „N“ (Nein) zu setzen.

Wie sollen interdisziplinäre Ambulanzen dokumentiert werden?

Im Falle interdisziplinärer Ambulanzen ist jener Funktionscode anzugeben, der im Kostenstellenplan eingetragen ist und unter dem auch Meldungen zur KA-Statistik und KA-Kostenrechnung an das Gesundheitsministerium erfolgen.

Ist ein neuer Datensatz anzulegen, wenn am selben Tag auf dem gleichen Funktionscode ein neuer Kontakt mit unterschiedlicher Uhrzeit stattfindet?

In Satzart X02 sollen alle im Laufe des ambulanten Besuchs betroffenen Funktionscodes erfasst werden. Wenn während eines ambulanten Besuchs (Satzart X01) der gleiche Funktionscode zu verschiedenen Uhrzeiten mehrmals besucht wird und dazwischen ein Kontakt auf einem anderen Funktionscode stattfindet, sind jedenfalls mehrere Datensätze X02 für den gleichen Funktionscode mit unterschiedlichen Uhrzeiten zu generieren. Wenn mehrere hausinterne Organisationseinheiten unmittelbar nacheinander besucht werden, die unter einem übermittelten Funktionscode zusammengefasst sind, ist für diesen Funktionscode nur ein Datensatz X02 anzulegen. Dabei ist die Uhrzeit des Kontakts mit der ersten Organisationseinheit anzuführen.

2.3 Fragen zur Satzart X03 Diagnosen

Bei welchen ambulanten Besuchen sind Diagnosen zu melden?

In der Beschreibung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich sind alle Leistungen angeführt, bei denen die Übermittlung eines ICD-10-Codes erforderlich ist. Im aktuellen Berichtsjahr betrifft das alle Leistungen, die über eine AMG bepunktet werden, die Leistung „BG030 – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite)“ und die folgenden ausgewählten Leistungen für die Therapie seltener Erkrankungen: XE010 bis XE110, XS010, XS020, XS030.

Die entsprechenden Leistungen sind in den Stammdaten des LKF-Modells (MELLIST) in der Spalte „DiagnoseAmbulant“ mit „J“ gekennzeichnet.

2.4 Fragen zur Satzart X04 Medizinische Leistungen

Ist zu jedem ambulanten Besuch eine Leistung zu übermitteln?

Bei Besuchen ohne spezifische Leistung genügt die Meldung der Satzarten X01 und X02. Für den Besuch per se ist im spitalsambulanten Bereich keine Leistungsposition zu übermitteln.

Anmerkung: Die bis 2016 verpflichtende Meldung der Leistungsposition ZZ520 zu jedem ambulanten Besuch entfällt seit dem Berichtsjahr 2017.

Welche Leistungen sind bei der Dokumentation im ambulanten Bereich zu übermitteln?

Es sind alle Leistungen zu übermitteln, die im Rahmen eines ambulanten Besuches erbracht wurden und im jeweils aktuellen Leistungskatalog des Gesundheitsministeriums abgebildet sind.

Hausinterne Verrechnungs- und Zählleistungen, wie z.B. telefonische Patientenbetreuung, Krückenausgabe, Kopien von Krankengeschichten, Röntgenduplikate etc., sind nicht auf den bundeseinheitlichen Leistungskatalog umzuschlüsseln (auch nicht auf ZZ670) und nicht zu übermitteln.

Wie ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungselevanz“ zu befüllen?

Das Feld ist im Regelfall mit „J“ zu befüllen. Ein „N“ bzw. „K“ ist nur bei jenen Leistungen einzugeben, die über einen anderen Kostenträger abzurechnen sind oder aus anderen Gründen von der Abrechnung auszunehmen sind. Ein „N“ ist zu verwenden, wenn die Leistung mit einem Selbstzahler abgerechnet wird. Analog zur Verwendung der Kennzeichen in der Satzart X01 ist ein „K“ zu verwenden, wenn die Leistung mit der Sozialversicherung abgerechnet wird.

Beispiele:

1. Der stationäre Aufenthalt/ambulante Besuch und die jeweilige Leistung werden über den Fonds abgerechnet:
 - In Satzart X01 wird der Kostenträger, z.B. 11 „ÖGK Wien“, eingetragen.
 - In Satzart X01 ist das Feld „Fondsrelevanz“ mit „J“ zu befüllen.
 - In Satzart X04 ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ mit „J“ zu befüllen.
2. Der stationäre Aufenthalt/ambulante Besuch und die jeweilige Leistung werden mit einem Selbstzahler abgerechnet:
 - In Satzart X01 wird der Kostenträger SZ „Selbstzahler (inkl. Vollzahler durch private KV)“ eingetragen.
 - In Satzart X01 ist das Feld „Fondsrelevanz“ in Satzart X01 mit „N“ zu befüllen.
 - In Satzart X04 ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ mit „J“ zu befüllen.
3. Der stationäre Aufenthalt/ambulante Besuch wird über den Fonds abgerechnet, die jeweilige Leistung jedoch nicht:
 - In Satzart X01 wird der Kostenträger, z.B. 11 „ÖGK Wien“, eingetragen.
 - In Satzart X01 ist das Feld „Fondsrelevanz“ in Satzart X01 mit „J“ zu befüllen.
 - In Satzart X04 ist das Feld „Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz“ mit „N“ bzw. „K“ zu befüllen.

Wie ist das Feld „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ zu befüllen?

Eine korrekte Erfassung des leistungserbringenden Funktionscodes ist für die Zuordnung der Leistungen von zentraler Bedeutung. Bei der Dokumentation des leistungserbringenden Funktionscodes in Satzart X04 sind die folgenden Punkte zu beachten:

- Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode. Der Funktionscode muss im aktuellen Kostenstellenplan enthalten sein.
- Bei stationären Aufenthalten ist jener Funktionscode einzutragen, auf dem die jeweilige Leistung erbracht wird. Dieser ist im Regelfall ein nicht bettenführender Funktionscode (beginnend mit 16----, 17---- oder 18----), z.B. bei Operationen.
- Bei intramuralen ambulanten Kontakten sind generell nur Funktionscodes von nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen zu melden. Die in der Satzart X04 gemeldeten Funktionscodes müssen den in der Satzart X02 gemeldeten Funktionscodes entsprechen.

3 Fragen zu Aufnahme- und Entlassungskennzeichen

Frage	Wann ist die Aufnahmeart A zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart A ist das Standardkennzeichen und immer dann zu codieren, wenn keines der anderen Kennzeichen (G, H, K, T, W, L, P) zu verwenden ist.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart G zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart G ist zu codieren, wenn ein Früh-/Neugeborenes am Tag der Geburt oder am Folgetag stationär aufgenommen werden muss. Dies gilt sowohl für Zuweisungen aus anderen Krankenanstalten, aus dem extramuralen Bereich als auch aus der eigenen Krankenanstalt. Dabei ist die KA-Nummer der zuweisenden Stelle verpflichtend anzugeben: Fremd-KA (Kxxx), eigene KA (Kxxx), externer niedergelassener Leistungserbringer (E000), z.B. nach Hausgeburt. Bei Aufnahmen von Früh-/Neugeborenen ab dem zweiten Kalendertag nach der Geburt ist nicht die Aufnahmeart „G“, sondern die jeweils zutreffende Aufnahmeart zu dokumentieren.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart L zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart L ist unabhängig von der Kostenstelle ab dem Zeitpunkt zu codieren, ab dem keine weitere Kostenübernahme der Sozialversicherung für den Krankenhausaufenthalt erfolgt. Ein bestehender Akut-Aufenthalt ist zu diesem Zeitpunkt abzuschließen (Entlassungskennzeichen „L“) und mit Aufnahmekennzeichen „L“ wieder aufzunehmen.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart P zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart P ist immer dann zu codieren, wenn eine Aufnahme in den Pflegebereich, d.h. auf eine Hauptkostenstelle mit einem Funktionscode 19xxxx erfolgt. Dies gilt auch für Spitäler mit eingegliedertem Pflegebereich. Die Aufnahme an einer Hauptkostenstelle mit dem Funktionscode 19xxxx erfordert die Dokumentation der Aufnahmeart P.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart R zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart R ist immer und nur dann zu vergeben, wenn eine Aufnahme in den Bereich der Rehabilitation erfolgt. Der Bereich der Rehabilitation ist durch Funktionscodes gekennzeichnet, die entweder an der 2. Stelle „5“ oder an der 5./6. Stelle „82“ enthalten.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart T zu codieren?
Antwort	Bei jeder Aufnahme, die unmittelbar an einen stationären Aufenthalt in einer anderen Krankenanstalt der Akutversorgung anschließt. In Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen ist generell mit R bzw. P zu dokumentieren.

Frage	Wann ist die Aufnahmeart W zu codieren?
Antwort	Die Aufnahmeart W ist bei jeder erneuten stationären Aufnahme innerhalb von 7 Tagen mit der gleichen Hauptdiagnose zu codieren. Davon ausgenommen sind Transferierungen.

Frage	Wann ist die Entlassungsart T zu codieren?
Antwort	Die Entlassungsart T ist bei jeder Transferierung in den Bereich der Akutversorgung zu dokumentieren. Bei Transferierungen in Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheimen ist die Dokumentation der Entlassungsart T nicht erforderlich, da keine weitere Akutversorgung anschließt.

Frage	Wie ist zu dokumentieren, wenn die gleiche Person am Tag der Entlassung wieder aufgenommen wird?
Antwort	Eine nicht geplante Aufnahme nach bereits erfolgter Entlassung ist als neuer Fall zu dokumentieren. Die Entlassung ist ordnungsgemäß und nachvollziehbar in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Bei gleicher Hauptdiagnose erfolgt die Aufnahme innerhalb von sieben Tagen mit der Aufnahmeart „W“, in allen anderen Fällen mit der Aufnahmeart „A“. Ein durchgängiger Aufenthalt ist immer dann zu dokumentieren, wenn die zweite stationäre Aufnahme am gleichen Tag unmittelbar im Anschluss an einen 0-Tagesfall erfolgt (unzulässiges Fallsplitting). Ebenso unzulässig ist eine geplante Wiederaufnahme am gleichen Kalendertag. Bei Krankenanstalten mit mehreren Standorten ist bei Verlegungen zwischen zwei Standorten darauf zu achten, dass ein durchgängiger Aufenthalt dokumentiert wird.

Frage	Wie ist bei einem Patienten zu codieren, der am selben Tag und ohne das Krankenhaus zu verlassen an eine andere Fachabteilung verlegt wird? Kann ein neuer Krankenhausaufenthalt gemeldet oder muss eine Verlegung codiert werden?
Antwort	Bei einem Patienten, der am selben Tag und ohne das Krankenhaus zu verlassen an eine andere Fachabteilung verlegt wird, muss eine Verlegung codiert werden. Es ist unzulässig, diesen Krankenhausaufenthalt in 2 Aufenthalte zu teilen („Fallsplitting“).

Frage	Wie ist die Aufnahmeart bei einem Patienten zu codieren, der erst aus dem Spital A bei z.B. koronarer Herzkrankheit (KHK) zu einer diagnostischen Koronarangiographie in das Spital B transferiert wird und dann mit der selben Hauptdiagnose in das Spital A innerhalb einer Woche rücktransferiert wird? (Konflikt zwischen T und W)?
Antwort	Es ist mit Aufnahmeart T zu codieren, sofern der Patient direkt vom Krankenhaus B zutransferiert wurde und ununterbrochen krankenanstaltenbedürftig war.

Frage	Müssen psychiatrische Langzeitpatienten des tagesstrukturierenden Psychiatrie-Bereiches ab dem Zeitpunkt, an dem die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung nicht mehr gegeben ist, als Selbstzahler im tagesstrukturierenden Psychiatrie-Bereich codiert werden oder als Asylierungsfall?
Antwort	Siehe ASVG § 144 (3): „Ist die Anstaltspflege oder die medizinische Hauskrankenpflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.“ (BGBl. Nr. 676/1991, Art. II Z 25 – 1.1.1992) Wenn also die Kostenübernahme von der Sozialversicherung nicht mehr übernommen wird, weil keine Notwendigkeit ärztlicher Behandlung vorliegt, so kann der Patient auch nicht als Selbstzahler mit dem Aufnahmekennzeichen H aufgenommen werden – auch hierfür muss ja eine Notwendigkeit zur ärztlichen Behandlung vorliegen. Der Patient muss daher als Asylierungsfall mit dem Aufnahmekennzeichen L und dem entsprechenden Kostenträger codiert werden.

Frage	Wann ist ein verstorbener Patient, dessen Organe entnommen werden, zu entlassen? Am Sterbetag oder am Tage der Organentnahme?
Antwort	Der Aufenthalt eines verstorbenen Patienten endet am Sterbetag (laut Totenschein), es ist die Entlassungsart S – Sterbefall zu codieren.

Frage	Seit 01.01.2007 sind die Aufnahmearten P und A für sämtliche stationären Fälle zu befüllen. Unter der Position P steht ein Richtwert von mind. 24 Stunden. Bedeutet das, dass jede Planaufnahme, bei der die Zeitspanne zwischen Terminvereinbarung und Aufnahme kleiner als 24 Stunden ist, mit dem Kürzel A für akute Aufnahme zu befüllen ist?
Antwort	Die 24 Stunden sind ein Richtwert und nicht absolut zu verstehen. Es ist davon auszugehen, dass bei geplanten Aufnahmen die Terminvereinbarung am Vortag oder früher erfolgt.

4 Fragen zu Plausibilitäts- und Fehlerprüfungen

Welche Plausibilitätsprüfungen werden vorgenommen?

Die Plausibilitätsprüfung für alle Datensätze erfolgt mit dem bundeseinheitlichen Programm XDok. Auch die ambulanten Datensätze sind grundsätzlich ohne Warnings und Errors zu übermitteln.

Für die Prüfung der formalen Korrektheit werden für stationäre und ambulante Datensätze die gleichen Prüfungen angewendet.

Bei der inhaltlichen Prüfung der ambulanten Datensätze (Datensätze mit der Behandlungsart „A“) werden die folgenden Merkmale geprüft:

- Leistungsanzahl pro ambulantem Besuch
- Leistung in Kombination mit anderer Leistung
- Leistung in Kombination mit Alter/Geschlecht
- Leistung in Kombination mit Diagnose


Um unnötige Warnings bei der Leistungsanzahl zu vermeiden, wird empfohlen bei der Übermittlung auf die bei den jeweiligen Leistungen hinterlegten Grenzen für den ambulanten Besuch zu achten.

Um unnötige Warnings bei der Leistungsanzahl zu vermeiden, wird empfohlen bei der Übermittlung auf die bei den jeweiligen Leistungen hinterlegten Grenzen für den ambulanten Besuch zu achten.

Bei der Prüfung von ambulanten Leistungen in Kombination mit anderen ambulanten Leistungen ist eine Beschränkung auf Bepunktungshinweise vorgesehen, die keine weitere Bearbeitung erfordern.

Wie wird mit unbekanntem Informationen umgegangen (z.B. Geburtsmonat „13“ in der E11-Meldung an die SV)?

Ein ungültiger Wert führt zu einem Error. Analog zur Dokumentation im stationären Bereich ist eine plausible Schätzung mit einem gültigen Datum vorzunehmen.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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