

38. LKF-Rundschreiben

ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSEN- UND LEISTUNGSDOKUMENTATION UND
ZUR DATENMELDUNG (Juli 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),
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 Juli 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

1 Erläuterungen zur Diagnosedokumentation	5
1.1 Dokumentation der Modifizierten Rankin-Skala	5
1.2 Diagnose bei Leichtketten-Amyloidose	6
2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation	7
2.1 Allgemeine Hinweise	7
2.1.1 Leistungseinheiten	7
2.1.2 Leistungsdatum	8
2.2 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen	8
2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (ambulant)	9
2.4 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant)	9

1 Erläuterungen zur Diagnosen- dokumentation

1.1 Dokumentation der Modifizierten Rankin-Skala

Code	Bezeichnung
204.0	Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala
Frage	Wie erfolgt die Dokumentation der Rankin-Skala bei Folgeaufenthalten im Bereich der Rehabilitation?
Antwort	Bei Folgeaufenthalten im Bereich der Rehabilitation ist zusätzlich zur Schlaganfall-diagnose (I63.0-I63.9) einmalig der Code „204.0 Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala“ als Zusatzdiagnose einzugeben.

Code	Bezeichnung
201.0–201.9	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) vor Insult (anamnestisch)
202.0–202.5	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Aufnahme
203.0–203.6	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Entlassung
Frage	Wie ist die modifizierte Rankin-Skala zu codieren, wenn ein Insult während eines stationären Aufenthalts neu auftritt?
Antwort	Die Definition der drei Erhebungszeitpunkte geht von einer stationären Aufnahme nach dem Insult aus. Bei einem Insult während des Aufenthalts ist der zweite Erhebungszeitpunkt „bei Aufnahme“ als „nach dem Insult“ zu interpretieren und entsprechend auszufüllen.

1.2 Diagnose bei Leichtketten-Amyloidose

Text Code	Bezeichnung
E85.8 D47.2	Sonstige Amyloidose Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]
Frage	Welche Diagnose ist bei der Verabreichung von onkologischen Präparaten bei Leichtketten-Amyloidose zu codieren?
Antwort	Bei der Verabreichung von Bortezomib oder von monoklonalen Antikörpern wie Daratumumab oder Isatuximab bei Leichtketten-Amyloidose ist jedenfalls auch der entsprechende Code aus D47 zu codieren, wie z.B. „D47.2 Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]“.

2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

Die Allgemeinen Hinweise zur Leistungsdokumentation werden wie folgt präzisiert:

2.1 Allgemeine Hinweise

Die erbrachten Leistungen sind so spezifisch wie möglich zu codieren.

Bei der Leistungsdokumentation ist darauf zu achten, dass die Leistungsdokumentation nur einmalig und nur durch eine Stelle erfolgt.

Doppelerfassungen durch Übermittlung der angeforderten und der erbrachten Leistung oder durch Mehrfacheingaben an unterschiedlichen Stellen sind zu vermeiden.

2.1.1 Leistungseinheiten

Jeder Leistungsposition ist eine Leistungseinheit aus den folgenden Kategorien zugeordnet:

LE	LEISTUNGSEINHEIT
A	je Applikation/Prothese/Stent
B	je Behandlungstag/je ambulantem Besuch
C	je Seite
D	je Sitzung
E	je Aufenthalt
F	Andere

Die genaue Ausprägung der Leistungseinheit ist in der Leistungsbezeichnung in Klammer angeführt. Die Leistungen sind 1x pro angegebener Leistungseinheit zu codieren.

Bei Überleitungen aus vorgelagerten Dokumentationssystemen, z.B. PDMS auf Intensiv-einheiten oder speziellen Dokumentationstools mit detaillierteren Leistungspositionen ist durch entsprechende Zusammenfassungen sicherzustellen, dass die Leistungsanzahl 1x pro der im Katalog angegebenen Leistungseinheit übermittelt wird.

2.1.2 Leistungsdatum

Das Leistungsdatum ist bei jeder Leistung verpflichtend anzugeben. Als Leistungsdatum ist der Tag der Leistungserbringung anzugeben. Die Angabe des Systemdatums bei Entlassung der Patientin/des Patienten ist unzulässig.

Bei Eingriffen, die in einer Sitzung erfolgen, ist für alle erbrachten Leistungen das gleiche Datum anzugeben, auch wenn die Sitzung über Mitternacht hinausgeht.

Bei Leistungen, die definitionsgemäß über einen Kalendertag hinausgehen (Leistungseinheit ist je Aufenthalt oder eine andere mehrtägige Leistungseinheit), sowie bei neonatologischen/pädiatrischen Intensivleistungen ist einheitlich ein Datum anzugeben, das innerhalb des jeweiligen Abteilungsaufenthaltes liegt; empfohlen wird das Datum des Leistungsbeginns.

2.2 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen

Wie sind telemedizinische Erstberatungsgespräche ohne vorherigen ambulanten Besuch zu codieren?

Telemedizinische Erstberatungsgespräche ohne vorherigen ambulanten Besuch sind derzeit im Rahmen der LKF nicht codierbar. Für ärztliche Beratungsgespräche und therapeutische Aussprachen im spitalsambulanten Bereich ist auch bei physischer Anwesenheit keine Leistungsposition codierbar. Die Leistung ZZ532 setzt ebenfalls einen physischen Kontakt voraus. Voraussetzung für die Codierung einer telemedizinischen Leistung ist ein vorangegangener physischer Kontakt mit anderem Datum und eine Terminvereinbarung.

Wie sind telemedizinische Betreuungsgespräche (Kontakte zwischen KA und betreuendem Heimpersonal) zu codieren?

Für jede codierbare telemedizinische Leistung gibt es ein Pendant mit physischer Anwesenheit im Katalog. Leistungen, für die auch bei physischer Anwesenheit keine Position vorhanden ist, wie zum Beispiel Angehörigengespräche, sind nicht zu codieren.

Gibt es eine bestimmte Mindestdauer für die Codierung einer telemedizinischen Leistung?

Nein, die Dauer der Leistungserbringung und die Leistungsinhalte müssen aber vergleichbar mit jener bei persönlicher Anwesenheit sein. Ein kurzer Anruf mit der Mitteilung, dass ein Befund negativ ist, reicht z.B. nicht aus.

2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (ambulant)

Code	Bezeichnung
CA521 CZ989	Zerumentfernung (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Ohr (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-1055
Frage	Wie ist die Entfernung eines Paukenröhrchens zu codieren?
Antwort	Die Entfernung eines Paukenröhrchens ist unter CZ989 zu codieren.

Der bestehende Hinweis 09-985 wird wie folgt adaptiert:

Code	Bezeichnung
QZ989 QZ770	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung) Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-985
Frage	Ist QZ770 auch zu codieren, wenn es sich um eine Wundkontrolle nach einer akuten Verletzung/OP handelt?
Antwort	Die Leistung QZ770 ist nur bei der Therapie chronischer Wunden in Folge von Krankheiten wie z.B. venösen Ulzera oder bei Wundheilungsstörungen zu codieren. Eine Wundkontrolle nach einer akuten Verletzung/OP ist unter QZ989 zu codieren.

2.4 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant)

Code	Bezeichnung
AN010 AN520	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag) Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1056
Frage	Sind unter AN010 auch Oxykardiorespirographien bei Neugeborenen zu codieren?
Antwort	Bei der OCRG (Oxykardiorespirographie) erfolgt eine Aufzeichnung kardiorespiratorischer Parameter, aber keine EEG-Ableitung, wie in der Leistungsbeschreibung zu AN010 gefordert. Daher ist die OCRG nicht unter AN010 zu codieren. Die Erfassung unter AN520 ist zulässig.

Code	Bezeichnung
CB020 CC040	Myringoplastik (LE=je Seite) Verschluss einer perilymphatischen Fistel (LE=je Seite)
Hinweis	03-1057
Frage	Wie ist eine Tympanotomie bei akutem Hörsturz mit Abdeckung des runden Fensters zu codieren?
Antwort	Eine explorative Tympanotomie mit Abdichtung der Rundfenstermembran ist unter CB020 zu subsumieren. Der Aufwand ist mit einer Tympanoplastik vergleichbar.

Code	Bezeichnung
LJ030	Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-1058
Frage	Wie ist die Operation einer Kielbrust bzw. anderer sich im Kindesalter entwickelnder Thoraxdeformitäten zu codieren?
Antwort	Die Operation einer Kielbrust ist unter „LJ030 – Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand – offen (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Unter LJ030 sind operative Korrekturen von angeborenen bzw. sich im Kindes- und Jugendalter entwickelnden Deformitäten der Thoraxwand wie Trichterbrust, Kiel- oder Hühnerbrust zu codieren.

Code	Bezeichnung
GL060	Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1059
Frage	Kann GL060 auch erneut codiert werden, wenn bei bereits liegender ECMO der Oxygenator ausgetauscht wird?
Antwort	Die Leistung „GL060 – Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Sitzung)“ ist nur einmalig bei der Implantation zu codieren. Bei einem isolierten Generatortausch wie im ersten Beispiel oder bei einem Umbau einer femoro-femoral gelegten VA-ECMO auf eine VAA-ECMO mit zusätzlicher Kanülierung der Arteria subclavia ist die Leistung GL060 nicht nochmals zu erfassen.

Code	Bezeichnung
HF030	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung)
HF349	Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1060
Frage	Wie kann die Anlage einer Witzel-Fistel (Gastrostomie) codiert werden?
Antwort	Die Anlage einer Witzel-Fistel ist unter „HF349 – Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
HG060	Intestinale Dekompression des Dünndarms (LE=je Sitzung)
HH190	Intestinale Dekompression des Kolons (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1061
Frage	Ist HH190 – Intestinale Dekompression des Kolons bzw. HG060 – Intestinale Dekompression des Dünndarms auch bei Adhäsio-lysen zu codieren?
Antwort	Die Leistungen HG060 bzw. HH190 sind als offene Dekompression durch Entero- tomie definiert und nur bei Vorhandensein eines Ileus zu erfassen. Adhäsio-lysen sowie Dekompressionen durch das Ausstreichen des Darminhalts sind in der therapeutischen Laparotomie/Laparoskopie sowie in den spezifischen abdominellen Operationen enthalten und nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
HM100	Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung)
HM120	Gallengangsrevision – offen (LE=je Sitzung)
HM140	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1062
Frage	Wie ist eine Rekonstruktion des Ductus hepaticus nach intraoperativer Verletzung im Rahmen einer Cholezystektomie zu codieren?
Antwort	Eine Rekonstruktion des Ductus hepaticus bei Verletzungen im Rahmen einer offenen Cholezystektomie ist meist nicht zusätzlich zu codieren. Ob letztlich die Codierung einer weiteren Leistung erforderlich ist, hängt vom Ausmaß der Verletzung, einer allfälligen Vorschädigung und der daraus resultierenden Art der im konkreten Fall durchgeführten Rekonstruktion ab. So kann es in Einzelfällen z.B. erforderlich werden, eine biliodigestive Anastomose durchzuführen. Diese wäre dann unter HM140 zu codieren.

Code	Bezeichnung
HP040 JF010	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1063
Frage	Wie ist die laparoskopische Entfernung von Endometrioseherden aus dem Retroperitoneum zu codieren?
Antwort	Die laparoskopische Entfernung von Endometrioseherden ist immer unter HP040 zu codieren. Dies gilt auch dann, wenn es sich um retroperitoneale Herde handelt.

Code	Bezeichnung
JD110 JD169	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-1064
Frage	Wie ist ein Portwechsel bei einer Sphinkterprothese zu codieren?
Antwort	Ein Portwechsel bei einer Sphinkterprothese ist unter „JD169 – Sonstige Operation – Harnblase“ zu subsummieren. Keinesfalls ist eine erneute Implantation zu codieren.

Code	Bezeichnung
JD010 JG020 JZ010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung) Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung) Transurethrale Blutstillung Harnblase/Prostata (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-1065
Frage	Wie sind Revisionseingriffe nach transurethralen Resektionen zur Blutstillung mit begleitenden Resektionen zu codieren?
Antwort	Revisionseingriffe zur Blutstillung nach transurethralen Resektionen sind 1x unter „JZ010 – Transurethrale Blutstillung Harnblase/Prostata (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Im Rahmen einer transurethralen Blutstillung erfolgende Nachresektionen sind von JZ010 umfasst und nicht zusätzlich unter JD010 oder JG020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
LZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
Hinweis	09-1066
Frage	Wie ist die Entfernung eines Hämatoms im Bereich der Mamma zu codieren?
Antwort	Die Entfernung von Hämatomen im Bereich der Mamma ist unter QE020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
NC040	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)
PA030	Korrekturosteotomie an den Wachstumsfugen – jede Lokalisation (LE=je Seite)
Hinweis	10-1067
Frage	Wie ist eine Osteosynthese nach Epiphysenfugenlösung mit Verschiebung, z.B. im Bereich der distalen Tibia, zu codieren?
Antwort	Die operative Sanierung einer Epiphysenfugenlösung mit Verschiebung ist unter der Osteosynthese für die entsprechende Körperstelle zu codieren. Im Bereich der distalen Tibia ist der Eingriff unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu subsumieren, da eine Leistung für die isolierte Osteosynthese der distalen Tibia nicht abgebildet ist.

Code	Bezeichnung
MZ050	Korrektur einer einfachen Handfehlbildung (LE=je Seite)
MZ060	Korrektur einer komplexen Handfehlbildung (LE=je Seite)
NZ060	Korrektur einer einfachen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite)
NZ070	Korrektur einer komplexen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite)
Hinweis	10-1069
Frage	Sind Vollhaut-/Spalthauttransplantate oder Lappenplastiken im Rahmen der Korrektur einer Fehlbildung inkludiert oder zusätzlich zu erfassen?
Antwort	Die mit „Korrektur einer ... Fehlbildung ...“ bezeichneten Leistungen (MZ050, MZ060, NZ060, NZ070) beinhalten alle erforderlichen Operationsschritte und sind an Stelle anderer Operationen an den Extremitäten zu codieren. Die gleichzeitige Codierung mit anderen Operationen ist nicht zulässig.

Code	Bezeichnung
HM060 HZ030	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung) Endoskopische Fremdkörper-/Gewebsentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1070
Frage	Wie ist eine Stententfernung aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP zu codieren?
Antwort	Die Leistung „HZ030 – Endoskopische Fremdkörper-/Gewebsentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung)“ ist bei der endoskopischen Entfernung von Fremdkörpern oder Implantaten im Rahmen einer Endoskopie des oberen Gastrointestinaltrakts (Ösophagoskopie, Gastroduodenoskopie) zu codieren. Bei der Entfernung von Stents aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP, ist die ERCP zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA075 XA085	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 3 mg/kg KG bzw. 240 mg abs. i.v. (LE=je Applikation) Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 1 mg/kg KG i.v. (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1071
Frage	Wie ist die Verabreichung von 360 mg Nivolumab zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Nivolumab mit 360 mg abs. ist unter je 1x XA075 (3 mg/kg KG bzw. 240 mg abs.) und XA085 (1 mg/kg KG) zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA117	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Durvalumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1072
Frage	Wie ist die Verabreichung von 1500 mg Durvalumab zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Durvalumab mit 20mg/kg KG oder 1500 mg abs. ist unter XA117 mit Anzahl 2 zu codieren.

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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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