

## **36. LKF-Rundschreiben**

ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSEN- UND LEISTUNGSDOKUMENTATION UND  
ZUR DATENMELDUNG (August 2021)

## **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

#### **Ärzte team:**

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)

Expert\*innen 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 August 2021

**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

<b>1 Erläuterungen zur Diagnosendokumentation .....</b>	<b>5</b>
1.1 Codierung der Herzinsuffizienz (ICD-10: I50.x).....	5
1.1.1 Codierung der Rechtsherzinsuffizienz (I50.0x) und der globalen Herzinsuffizienz (I50.0x und I50.1x).....	5
1.1.2 Codierung von Herzinsuffizienz (ICD-10: I50) und Grunderkrankung.....	6
1.2 Codierung der SSW bei Entbindung.....	6
1.3 Codierung Bienenallergie/Desensibilisierung.....	7
<b>2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation .....</b>	<b>8</b>
2.1 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen (ab 1.1.2022) .....	8
2.2 Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation.....	10
2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant).....	12
<b>3 Erläuterungen zur Datenmeldung .....</b>	<b>21</b>
3.1 Fragen zur ambulanten Datenmeldung.....	21
3.2 Satzart X02 .....	21

# 1 Erläuterungen zur Diagnosedokumentation

## 1.1 Codierung der Herzinsuffizienz (ICD-10: I50.x)

### 1.1.1 Codierung der Rechtsherzinsuffizienz (I50.0x) und der globalen Herzinsuffizienz (I50.0x und I50.1x)

Zur besseren Codierbarkeit der Rechtsherzinsuffizienz und der globalen Herzinsuffizienz wird ab 1.1.2022 der bisherige Code „I50.0 Kongestive Herzinsuffizienz“ durch den 5-Steller des DIMDI mit den folgenden Ausprägungen ersetzt:

Code	Bezeichnung
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.02!	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I50.03!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.04!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe

Bei einer Globalinsuffizienz ist sowohl „I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ als auch einer der folgenden bereits bestehenden Codes für die Linksherzinsuffizienz inkl. Schweregrad zu codieren:

Code	Bezeichnung
I50.11	Linksherzinsuffizienz ohne Beschwerden (NYHA-Stadium I)
I50.12	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung (NYHA-Stadium II)
I50.13	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung (NYHA-Stadium III)
I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)
I50.19	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnet

Die Codierung der Diagnose „I50.9 Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet“ ist zu vermeiden.

Wenn die Globalinsuffizienz als Hauptdiagnose angeführt werden soll, ist im Regelfall „I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz“ als Hauptdiagnose und der Code aus I50.11 bis I50.19 als Zusatzdiagnose anzugeben.

### 1.1.2 Codierung von Herzinsuffizienz (ICD-10: I50) und Grunderkrankung

Zur besseren Differenzierung der Herzinsuffizienz soll bei stationären Aufenthalten mit Herzinsuffizienz nach Möglichkeit auch die kardiale Grunderkrankung erfasst werden. Im Folgenden sind relevante häufige Grunderkrankungen mit den passenden 3-stelligen Überschriften der ICD-10 angeführt:

- Hypertonie (I11, I13)
- Koronare Herzerkrankung (I25)
- Kardiomyopathie (I42)

Aus diesen Bereichen soll zumindest eine 4-stellige Diagnose ergänzend zur Herzinsuffizienz codiert werden. Die Festlegung der Hauptdiagnose folgt den allgemeinen Regeln (Hauptanlass für den jeweiligen Aufenthalt).

## 1.2 Codierung der SSW bei Entbindung

Code	Bezeichnung
<b>301.21</b> <b>301.42</b>	Vollendete SSW bei Entbindung: 21 Vollendete SSW bei Entbindung: 42
<b>Frage</b>	Wie soll das Gestationsalter bei Entbindungen vor der 21. SSW bzw. nach der 42. SSW codiert werden?
<b>Antwort</b>	Entbindungen vor der 21. SSW sind mit 301.21 zu codieren, Entbindungen nach der 42. SSW sind mit 301.42 zu codieren. Für 2022 werden die Bezeichnungen durch Ergänzung von „<=“ bzw. „>=“ adaptiert.

Code	Bezeichnung
301	Vollendete SSW bei Entbindung
<b>Frage</b>	Wie soll das Gestationsalter bei Entbindungen von nicht überwachten Schwangerschaften angegeben werden (genaue SSW ist unbekannt)?
<b>Antwort</b>	In diesem Fall ist das Gestationsalter zu schätzen. Dazu können unter anderem Größe und Gewicht des Neugeborenen herangezogen werden.

### 1.3 Codierung Bienenallergie/Desensibilisierung

Code	Bezeichnung
<b>T63.4</b>	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden
<b>T78.2</b>	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet
<b>T78.3</b>	Angioneurotisches Ödem
<b>T78.4</b>	Allergie, nicht näher bezeichnet
<b>Z51.6</b>	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
<b>Frage</b>	Welche Diagnosen sind für stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche wegen Bienenallergien oder Desensibilisierungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Allergien sind unter T78.4 „Allergie, nicht näher bezeichnet“ zu erfassen bzw. – sofern es zu einem anaphylaktischen Schock kommt – unter T78.2 und bei einem angioneurotischen Ödem unter T78.3. Bei einem Aufenthalt zur Hyposensibilisierung wäre Z51.6 „Desensibilisierung gegenüber Allergenen“ zu codieren. Dagegen sind unter T63.4 die toxischen Wirkungen des Giftes, also der Stich an sich mit Schmerzen, Rötung, Schwellung etc. zu erfassen.

## 2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

### 2.1 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen (ab 1.1.2022)

Die folgenden Hinweise betreffen grundsätzlich alle telemedizinischen Leistungen, sind jedoch insbesondere für die Codierung der beiden folgenden Leistungen von Relevanz:

- ZZ534 Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) (LE=je Sitzung)
- ZZ551 Telemedizinische nicht-ärztliche diagnostisch-therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)

#### **Welche telemedizinischen Leistungen können im Rahmen der LKF codiert werden?**

Im Rahmen der LKF können nur Leistungen, die einem ambulanten Kontakt ohne physische Anwesenheit entsprechen, als telemedizinische Leistungen erfasst werden, somit:

- nur telemedizinische Arzt-Patienten Kontakte, keine telemedizinischen Arzt-Arzt-Konsultationen
- nur Kontakte ambulanter Patienten, keine ambulanten Frequenzen von stationären Patienten der eigenen oder einer anderen Krankenanstalt

#### **Welche Möglichkeiten einer codierbaren telemedizinischen Kommunikation gibt es?**

Telefonische Kontakte, Videokonferenzen nicht jedoch Schriftverkehr (z.B. über SMS oder Mail).

#### **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.



**Müssen ambulante Besuche mit telemedizinischen Leistungen über die Datendrehscheibe an die SV gemeldet werden?**

Ja. Das Krankenhaus hat generell für jeden fondsrelevanten Patienten eine Ereignisanzeige an den zuständigen SV-Träger zu übermitteln, so auch bei abrechenbaren telemedizinischen Kontakten. Die genannten Leistungen werden im Zuge der DLB-Datenmeldungen (MBDS) an den Fonds übermittelt. Der Fonds leitet daraufhin die entsprechend bewerteten Datensätze (Satzart K13 – Leistungsdaten ambulant) an die jeweils zuständigen SV-Träger weiter.

**Müssen zu codierbaren telemedizinischen Leistungen im Vorhinein Termine vereinbart werden?**

Ja, der Termin muss in einem Vorbesuch mit physischer Anwesenheit vereinbart und dokumentiert sein. Ein kurzfristiger Anruf, ob der Patient Zeit für ein Telefonat mit dem Arzt hätte, ist darunter nicht zu verstehen.

**Wie werden unvollständige telemedizinische Leistungen codiert und abgerechnet (z.B. bei Verbindungsproblemen)?**

Es können nur vollständig erbrachte Leistungen codiert und abgerechnet werden. Das entspricht den allgemeinen Vorgaben zur Codierung von Leistungen für das LKF-Modell.

**Muss sich die leistungserbringende Person physisch im Krankenhaus befinden?**

Ja, es sind nur Leistungen zu codieren, die von der leistungserbringenden Krankenanstalt erbracht werden. Das Merkmal Nicht-Anwesenheit ist nur für den Patienten zulässig.

**Sind telemedizinische Leistungen bei der XDok-Jahresmeldung in der Satzart K09 als Frequenzen an ambulanten Patienten zu melden?**

Nein, analog zu Laborleistungen (keine physische Anwesenheit).

## 2.2 Hinweise zur ambulanten Leistungsdokumentation

Code	Bezeichnung
<b>GA540</b> <b>GZ989</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Atmungssystem, Sprachsystem (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-1013
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Doyles-Schienen aus der Nase zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung von Doyles-Schienen aus der Nase ist ebenso wie die Entfernung einer Nasentamponade unter GZ989 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>DE510</b> <b>DE520</b>	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung) Langzeit-Elektrokardiographie (EKG) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-1014
<b>Frage</b>	Ist bei einem Langzeit-EKG auch ein Routine-EKG zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, bei einem Langzeit-EKG ist das Routine-EKG inkludiert.

Code	Bezeichnung
<b>HH020</b> <b>HK530</b> <b>HZ552</b>	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Proktoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1015
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Endoskopie mit Polypektomie in mehreren Darmabschnitten, z.B. im Rektum und im Kolon, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist nur HH020 zu codieren. Die anderen Leistungen sind inkludiert. <b>Anmerkung:</b> Zur Vereinfachung der Bearbeitung erfolgt bei Dokumentation der inkludierten Leistungen an Stelle eines zu korrigierenden Warnings ein Bepunktungsausschluss über die MELMEL.

Code	Bezeichnung
<b>HF030</b> <b>HZ030</b> <b>ZN530</b>	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung) Endoskopische Fremdkörperentfernung am oberen GI-Trakt (LE=je Sitzung) Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1016
<b>Frage</b>	Ist der Wechsel eines Gastrotubes auf einen MIC-KEY-Button unter HF030 zu codieren?
<b>Antwort</b>	HF030 ist immer dann zu codieren, wenn eine Anlage oder ein Sonden/-Systemwechsel unter endoskopischer Sicht erfolgt. Der Button-Tausch bei einer Button-Sonde ist unter ZN530 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>ZN740</b>	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1017
<b>Frage</b>	Mit welcher Anzahl ist die Leistung ZN740 zu codieren, wenn im Rahmen eines ambulanten Kontakts mehrere der in der Leistungsbeschreibung angeführten Therapien angewendet wurden?
<b>Antwort</b>	Die Leistung ZN740 ist mit der Anzahl 1 zu erfassen, wenn im Rahmen eines ambulanten Kontakts eine oder mehrere der in der Leistungsbeschreibung dargestellten Behandlungen erfolgen, z. B. Ultrareizstrom, Iontophorese, Kurzwelle, Mikrowelle. Allgemein kann gesagt werden, dass Leistungen, die mit „je Sitzung“ hinterlegt sind, im Rahmen eines ambulanten Kontakts nur einmal zu erfassen sind. Dies gilt auch dann, wenn mehrere Leistungen des Hauskatalogs auf diese Leistung umschlüsseln und diese – was naheliegend ist – zu verschiedenen Uhrzeiten erbracht werden.

Code	Bezeichnung
<b>QZ700</b> <b>ZN775</b>	Lasertherapie der Haut (LE=je Sitzung) Wärme- oder Kältetherapie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1018
<b>Frage</b>	Wie ist eine Flächenlaserbehandlung der Haut zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter der Leistung QZ700 sind nur Behandlungen mit hochenergetischem Laser zu erfassen. Eine Flächenlaserbehandlung ist unter ZN775 Wärme- oder Kältetherapie zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZV640</b>	Zytologische Befundung von gynäkologischen Abstrichen (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZV644</b> <b>ZV648</b>	Zytologische Befundung von extragenitalen Abstrichen (LE=je ambulantem Besuch) Befundung extragenitaler intraoperativer Schnellzytologie (LE=je ambulantem Besuch)
<b>Hinweis</b>	18-1019
<b>Frage</b>	Wie ist die zytologische Befundung eines Bronchialsekrets zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die zytologische Befundung eines Bronchialsekrets bzw. generell eine Spülzytologie ist unter ZV648 zu subsumieren.

### 2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant)

Code	Bezeichnung
<b>AD020</b>	Anlage einer externen Ventrikeldrainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-1020
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel einer Drainage bei vorhandenem Bohrloch zu codieren?
<b>Antwort</b>	Der Wechsel einer Drainage bei vorhandenem Bohrloch ist nicht zu codieren. AD020 ist nur zu codieren, wenn auch der Schädel eröffnet wird.

Code	Bezeichnung
<b>AA100</b> <b>AA110</b> <b>AE060</b>	Entfernung einer Raumforderung des Hirnstammes (LE=je Sitzung) Entfernung einer intrazerebellären Raumforderung (LE=je Sitzung) Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression anderer Strukturen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-1021
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung eines Vestibularisschwannoms zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung eines Vestibularisschwannoms ist unter „AE060 Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression anderer Strukturen (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LD051</b> <b>LH071</b> <b>LH091</b>	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage) Cageimplantation an der Wirbelsäule (LE=je Etage) Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
<b>Hinweis</b>	01-1022
<b>Frage</b>	Wie sind Operation an der Wirbelsäule mit verschraubbaren Cages zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation verschraubbarer Cages ist unter LH071 zu codieren. Eine zusätzliche Codierung von LH091 oder LD051 ist nur dann zulässig, wenn die in der Leistungsbeschreibung zu LH091 bzw. LD051 angeführten Punkte erfüllt sind. Das bedeutet, dass entweder eine zusätzliche pedikuläre Stabilisierung (Pedikelschrauben, Stäbe) oder eine zusätzliche Fixation durch eine Platte mit Schrauben vorgenommen werden muss.

Code	Bezeichnung
<b>CB050</b> <b>CB089</b> <b>CC010</b>	Revision des Mastoids (LE=je Seite) Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung) Resektion einer Raumforderung am inneren Gehörgang (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	03-1023
<b>Frage</b>	Wie ist eine Tumorsektion im Mittelohr, z.B. bei einem Glomus-tympanicum-Tumor, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Tumorsektion im Mittelohr kann unter „CB050 – Revision des Mastoids (LE=je Seite)“ subsummiert werden.

Code	Bezeichnung
<b>HD090</b>	Velopharynxplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-1024
<b>Frage</b>	Wie ist eine Gaumenverlängerung bei velopharyngealer Insuffizienz zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Operation ist unter HD090 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>EQ020</b>	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-1025
<b>Frage</b>	Wie ist die Resektion einer AV-Malformation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Resektion einer AV-Malformation ist unter EQ020 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>HE110</b> <b>HF210</b>	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung) Erweiterte Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-1026
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei einer (erweiterten) Magenresektion größere Ösophagusanteile (z.B. das untere Drittel) reseziert werden?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall ist bei einer erweiterten Magenresektion nur HF210 zu erfassen. Die Mitnahme von Teilen des Netzes, eine radikale Lymphadenektomie, sowie die Entfernung distaler Ösophagusanteile und eine Ösophagojejunostomie sind grundsätzlich Bestandteile der Leistung HF210. Bei ausgedehnteren Ösophagusresektionen (z.B. des unteren Drittels) ist HE110 zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HG150</b> <b>HG169</b>	Korrektur von Fehlbildungen des Dünndarms (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-1027
<b>Frage</b>	Wie ist die Resektion eines Meckel-Divertikels zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Resektion eines Meckel-Divertikels ist unter HG169 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HG060</b> <b>HH190</b>	Intestinale Dekompression des Dünndarms (LE=je Sitzung) Intestinale Dekompression des Kolons (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-1028
<b>Frage</b>	Sind HG060 bzw. HH190 zusätzlich zu codieren, wenn im Rahmen von Darmresektionen oder anderen abdominalen Operationen eine Durchtrennung von Briden bzw. von peritonealen Adhäsionen erfolgt?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen HG060 und HH190 sind nicht in Kombination mit Darmresektionen zu codieren und nur zu codieren, wenn eine operative Sanierung eines Dünn- oder Dickdarmileus ohne Resektion erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>HZ020</b>	Endoskopische Bougierung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1029
<b>Frage</b>	Wie ist eine perorale endoskopische Myotomie (POEM) bei Achalasie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Operation ist unter HZ020 zu subsummieren.

Code	Bezeichnung
<b>JJ010</b>	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-1030
<b>Frage</b>	Wie ist eine Tubektomie im Rahmen einer vaginalen Hysterektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Tubektomie im Rahmen einer vaginalen Hysterektomie ist unter JJ010 zu subsummieren.

Code	Bezeichnung
<b>QE020</b>	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-1031
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Brustimplantaten zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung von Brustimplantaten ist unter QE020 zu subsummieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ525</b> <b>QZ540</b>	Inzision oder Exzision an der Haut < 3 cm (LE=je Sitzung) Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) inkl. allf. Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-1032
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Lipomen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung eines großen Lipoms (ab ca. 8 cm) ist unter QZ540 zu subsummieren. Die Entfernung kleiner Lipome ist unter QZ525 zu subsummieren. Die Leistungsbezeichnungen inklusive der Größenangabe beziehen sich auf die Exzision von Hautläsionen. Die Größenangaben sind bei der Exzision von Lipomen daher nicht anzuwenden. Die Mitnahme von Lipomen bei anderen Operationen ist nicht zusätzlich zu erfassen. QZ540 bzw. QZ525 sind nur dann zu erfassen, wenn es sich bei der Lipomentfernung um einen eigenständigen Eingriff handelt.

Code	Bezeichnung
<b>ME060</b> <b>MJ040</b>	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite) Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1033
<b>Frage</b>	Wie ist eine arthroskopische Tenotomie der Bizepssehne zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine arthroskopische Tenotomie der Bizepssehne ist unter ME060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ030</b> <b>MJ040</b>	Proximale Refixation der Bizepssehne – offen (LE=je Seite) Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1034
<b>Frage</b>	Wie ist eine Tenodese der Bizepssehne zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Tenodese der Bizepssehne ist unter MJ030 bzw. MJ040 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ME100</b> <b>ME130</b> <b>MZ209</b>	Arthrolyse des Schultergelenks – offen (LE=je Seite) Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1035
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation eines Spacers am Schultergelenk zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation eines Spacers am Schultergelenk im Rahmen der Explantation einer Endoprothese oder als alleiniger Eingriff ist unter MZ209 zu codieren. Operationen mit Lavage und Debridement des Gelenks (mit/ohne Implantation/ Wechsel eines Spacers) sind unter ME100 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MZ020</b> <b>MZ032</b>	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite) Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1036
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung kleinerer „Tumore“ wie z.B. Mucoizysten oder von Gichttophi an der oberen Extremität zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung kleinerer „Tumore“ wie z.B. Mucoizysten oder von Gichttophi an der oberen Extremität ist unter MZ020 zu codieren.



Im Zuge der Wartung für den Leistungskatalog 2022 wurde die Evidenz für die Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial („Shark Screw“) untersucht. Da die bisher publizierte Evidenz für eine Aufnahme in den Leistungskatalog als unzureichend bewertet wurde, wird der Codierhinweis 10-925 zur Codierung von Schrauben aus Knochenmaterial („Shark Screw“) wie folgt überarbeitet:

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>MD010</b> <b>NZ210</b> <b>PA040</b>	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite) Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite) Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-925
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen mit Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial („Shark Screw“) (z.B. bei Kahnbeinfrakturen/-Pseudoarthrosen, Halluxoperationen) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen mit Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial sind wie andere Operationen am Bewegungsapparat unter der für den jeweiligen Eingriff zutreffenden Leistungsposition zu codieren, z.B. unter NZ210 bei einer Halluxoperation. Die Leistung PA040 ist nicht zusätzlich zu erfassen und nur dann zu codieren, wenn Knochen aus der Knochenbank oder Spongiosaersatz zur Auffüllung größerer Knochendefekte verwendet wird.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>NG030</b> <b>NZ200</b>	Arthrodesse des Sprunggelenks (LE=je Seite) Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1037
<b>Frage</b>	Wie sind Osteosynthesen des unteren Sprunggelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	NG030 ist nur bei Arthrodesen des oberen Sprunggelenks bzw. des oberen und unteren Sprunggelenks zu codieren. Arthrodesen des unteren Sprunggelenks sind unter NZ200 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NH040</b> <b>NZ210</b>	Implantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese) Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1038
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation bei Hallux rigidus mit teilweisem Ersatz der Gelenksfläche (z.B. Cartiva-Implantat) zu codieren?
<b>Antwort</b>	NH040 ist ausschließlich bei einem vollständigen Gelenkersatz, z.B. des Großzehengrundgelenks zu erfassen. Operationen am Großzehengrundgelenk mit teilweisem Ersatz sind unter NZ210 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>PZ025</b>	Umstieg von arthroskopischer auf offene Operation (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-1039
<b>Frage</b>	Wann ist PZ025 zu codieren?
<b>Antwort</b>	PZ025 ist nur dann zu codieren, wenn eine ungeplante Erweiterung des operativen Zugangs erfolgt. Die Codierung von PZ025 ist somit auf Ausnahmefälle begrenzt.

Code	Bezeichnung
<b>ZN010</b> <b>ZN040</b>	Organbiopsie – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Organbiopsie – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-1040
<b>Frage</b>	Darf bei der MR-gezielten Biopsie der Prostata zusätzlich die MEL ZN010 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Pro Biopsie ist nur ein Leistungscode zu verwenden. Bei kombinierter Bildgebung ist der Code für das höherwertige Verfahren zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HF025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Stentimplantation – Magen, Duodenum, Pankreas (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1041
<b>Frage</b>	Wie ist die Anlage eines Axios-Stents zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Anlage eines Axios-Stents ist unter HF025 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HM080</b>	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>JC050</b>	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1042
<b>Frage</b>	Sind auch Stents mit Metallgitter ("gecoverte Stents") als Stentimplantation (permanente metallische Stents) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch Stents mit einer Metallgitterstruktur im Inneren, z.B. selbstexpandierende Nitinol-Stents, sind als permanente metallische Stents zu codieren. Nicht zu codieren sind reine Kunststoffstents.

Code	Bezeichnung
<b>DD070</b>	Rotationsangioplastie der Koronargefäße (LE=je Gefäß)
<b>Hinweis</b>	16-1043
<b>Frage</b>	Wie ist eine intravaskuläre Lithotripsie der Koronargefäße zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine intravaskuläre Lithotripsie der Koronargefäße ist derzeit unter DD070 zu subsummieren. Ab 1.1.2022 erfolgt die Codierung unter „DD075 – Perkutane transluminale Lithotripsie einer Koronararterie (LE=je Applikation)“.

Code	Bezeichnung
<b>XA082</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Pertuzumab: 420 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA092</b>	Onkologische Therapie – monoklonale Antikörper Pertuzumab und Trastuzumab: 1200 mg abs. und 600 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA094</b>	Onkologische Therapie – monoklonale Antikörper Pertuzumab und Trastuzumab: 600 mg abs. und 600 mg abs. (LE=je Applikation)
<b>XA100</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 6 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-1044
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Pertuzumab und Trastuzumab als Kombinationstherapie (Präparat mit fixen Kombinationen) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung der Kombinationstherapie von Pertuzumab und Trastuzumab ist ab 2022 unter XA092 bzw. XA094 zu codieren. Bis zur Abbildung ist wie folgt zu codieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Initialdosis: 1x XA100 und 3x XA082</li> <li>• Erhaltungsdosis: 1x XA100 und 1x XA082</li> </ul>

Im Codierhinweis 21-907 wird der Klammerausdruck bei den zusätzlichen onkologischen Therapien auf XA150 bis XA250 berichtigt:

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>XA010 bis XA149</b>	Onkologische Therapien
<b>XA150 bis XA250</b>	Zusätzliche onkologische Therapien
<b>XB100 bis XB270</b>	Pädiatrische onkologische Therapien
<b>XC012 bis XC990</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-907
<b>Frage</b>	Bei welchen Erkrankungen sind die im Leistungskatalog abgebildeten onkologischen Therapien (XA010–XA149, XB100–XB270, XC012–XC990) und zusätzlichen onkologischen Therapien (XA150–XA250) codierbar?
<b>Antwort</b>	<p>Alle onkologischen Therapien und alle zusätzlichen onkologischen Therapien sind ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen codierbar.</p> <p>Als onkologische Erkrankungen gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Codes der Gruppe „Bösartige Neubildungen“ (C00–C97)</li> <li>• intrakranielle gutartige Neubildungen (D32, D33)</li> <li>• die Codes der Gruppe „Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens“ (D37–D48)</li> </ul> <p>Die im Leistungskatalog abgebildeten zusätzlichen onkologischen Therapien (XA150–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.</p>

# 3 Erläuterungen zur Datenmeldung

## 3.1 Fragen zur ambulanten Datenmeldung

### **Zur Frage „Wie oft ist ein neuer Datensatz anzulegen?“**

Nach dem Satz „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.“ wird der folgende Satz ergänzt: „Wenn ein neuer Datensatz X02 angelegt wird, ohne dass die Kostenstelle physisch besucht wurde – zum Beispiel für Laborbefunde –, ist kein neuer Datensatz X01 anzulegen.“

### **Zur Frage „Auch, wenn anschließend eine stationäre Aufnahme erfolgt?“**

Nach „Analog zu den Definitionen in der KA-Statistik (siehe Handbuch Organisation und Datenverwaltung) ist nur der stationäre Aufenthalt zu erfassen, wenn unmittelbar im Anschluss an die ambulante Behandlung am selben Tag eine stationäre Aufnahme erfolgt. Der ambulante Besuch ist dann nicht zu melden.“ wird der folgende Satz ergänzt: „Der stationäre Aufenthalt beginnt in diesem Fall mit dem Datum des ambulanten Besuchs.“

### **Wie können zusammenhängende ambulante Besuche identifiziert werden, die über Mitternacht hinausgehen?**

Als Faustregel empfiehlt sich eine Zusammenfassung der ambulanten Besuche ab 20 Uhr mit Folgebesuchen bis 4 Uhr früh am folgenden Kalendertag.

## 3.2 Satzart X02

### **Welcher bettenführende Funktionscode ist für den Aufnahmetag zu melden, wenn der stationäre Aufenthalt wegen eines unmittelbar vorausgehenden ambulanten Besuches einen Tag früher beginnt?**

Es ist der bettenführende Funktionscode zu melden, auf dem der stationäre Aufenthalt beginnt. **Anmerkung:** Als Aufnahmedatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs zu melden.

**Sollen bei der ambulanten Datenmeldung X02-Datensätze auch dann übermittelt werden, wenn mehrere Kontakte auf dem gleichen Funktionscode durch einen In-Vitro-Kontakt unterbrochen werden?**

Es ist generell die gesamte Abfolge der Funktionscodes unabhängig von der physischen Anwesenheit des Patienten/der Patientin zu dokumentieren.

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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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