

37. LKF-Rundschreiben

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

1 Erläuterungen zur Diagnosedokumentation	5
1.1 Ergänzung differenzierter Codes zur Codierung des Schweregrades von Covid-19	5
1.2 Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode).....	6
F32.0 Leichte depressive Episode	6
F32.1 Mittelgradig depressive Episode	7
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome.....	7
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.....	7
2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation	8
2.1 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant).....	8
3 Erläuterungen zur Datenmeldung	13
3.1 Fragen zur stationären Datenmeldung.....	13

1 Erläuterungen zur Diagnosedokumentation

1.1 Ergänzung differenzierter Codes zur Codierung des Schweregrades von Covid-19

Mit dem Servicepack 1 für das LKF-Modell 2022 erfolgt auch eine Ergänzung von differenzierten Covid-19-Codes zur Codierung der klinischen Relevanz. Die vierstelligen Codes U07.1 und U07.2 bleiben bestehen und können 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

Aus diesem Anlass wird erneut auf die Definition des Codes „U07.2 COVID-19, Virus nicht nachgewiesen“ hingewiesen und darauf, dass dieser Code nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zu codieren ist:

Der Code U07.2 ist zu verwenden, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist und das Virus nicht durch Labortest nachgewiesen wurde oder kein Labortest zur Verfügung steht. Für die Diagnosedokumentation sind definitionsgemäß abgeklärte Entlassungsdiagnosen zu verwenden. Da das Ergebnis des Laborbefundes bei der Codierung zu berücksichtigen ist, ist bei einer Covid-Infektion im Regelfall U07.1 zu codieren. Die Diagnose U07.2 ist somit nicht bzw. nur in Ausnahmefällen zu codieren.

Daher wird bei Codierung der Diagnose U07.2 ab dem Servicepack 1 für 2022 der Warnhinweis „WX3C Diagnose unwahrscheinlich“ ausgegeben.

1.2 Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode)

Zur Codierung der Depression stehen die folgenden 4-Steller zur Verfügung:

Code	Bezeichnung
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

Bei der Auswahl eines Codes aus „F32 Depressive Episode“ sind zunächst die folgenden allgemeinen Kriterien anzuwenden:

1. Die Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern (kürzer, keine depressive Episode, dann andere Diagnose).
2. In der Anamnese finden sich keine manischen oder hypomanischen Episoden (ansonsten bipolar affektive Störung).
3. Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen. (Soll heißen, dass man zum Beispiel auf Kokain typischerweise in der zweiten Phase eine depressive Verstimmung erleidet; dies gilt dann nicht, da die Depression ja durch die psychotrope Substanz ausgelöst wurde; psychische Störungen aufgrund einer Schädigung des Gehirns sind ausgeschlossen.)

Bei der Codierung der 4-stelligen Codes sind die nachfolgend dargestellten Kriterien zur Abbildung des Schweregrads anzuwenden. Die Auswahlkriterien sind in der Krankengeschichte nachvollziehbar zu dokumentieren.

F32.0 Leichte depressive Episode

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:
 - Depressive Stimmung

- Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
 - Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
- c) Ein oder mehr zusätzliche der folgenden Symptome bis zu einer Gesamtzahl aus b und c von mindestens **vier** oder **fünf** Symptomen:
- Verlust des Selbstvertrauens
 - Unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
 - Gedanken an den Tod oder an Suizid
 - Klagen über vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
 - Psychomotorische Agitation oder Hemmung
 - Schlafstörungen
 - Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

F32.1 Mittelgradig depressive Episode

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Wie bei F32.0 b
- c) Zusätzliche Symptome von F32.0 c bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 6 oder 7 Symptomen

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

- a) 1., 2. und 3. müssen erfüllt sein.
- b) Alle drei Symptome von F32.0
- c) Zusätzliche Symptome von F32.0 c bis zu einer Gesamtzahl von mindestens 8 Symptomen!

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

Wie F32.2, allerdings kommen typischerweise vor:

- a) Wahn (nicht wie bei Schizophrenie – nicht bizarr oder kulturell unangemessen) oder
- b) Halluzinationen (keine Rede in der dritten Person oder kommentierende Stimmen – diese typisch für Schizophrenie) oder
- c) depressiver Stupor

Quelle: Horst Dilling et al: ICD 10, internationale Klassifikation psychischer Störungen, diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6. überarbeitete Auflage

2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

2.1 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant)

Code	Bezeichnung
LH020	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
Hinweis	01-1045
Frage	Wie sind Operationen zu codieren, bei denen die Aufrichtung und Reposition des Wirbelkörpers mittels eines minimalinvasiv eingebrachten Implantats erfolgt?
Antwort	Solche Operationen sind unter LH020 zu codieren. LH091 ist nur dann zu codieren, wenn die Wirbelkörper durch eine dorsale Osteosynthese mit Pedikelschrauben und Stäben oder eine ventrale Osteosynthese mit Verplattung gegeneinander fixiert werden.

Code	Bezeichnung
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1046
Frage	Bis zu welcher Anzahl ist die Leistung LH091 zu codieren?
Antwort	Osteosynthesen an der thorakolumbalen Wirbelsäule bis zu 3 Etagen sind unter LH091 zu codieren. Osteosynthesen über 4 und mehr Etagen sind 1x je Sitzung unter LH110 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
HL045	Zentrale Leberresektion (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1047
Frage	Wann ist eine zentrale Leberresektion zu codieren?
Antwort	Die zentrale Leberresektion wird auch Mesohepatektomie genannt und ist zu codieren, wenn die Segmente IVa, IVb, V, VIII, mit oder ohne Segment I reseziert werden.

Code	Bezeichnung
HL050	Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1048
Frage	Was bedeutet die Hemihepatektomie mit Resektion angrenzender Gewebe - sind hier auch angrenzende Segmente gemeint (z.B.: linke Hemihepatektomie mit Teil von Segment VIII)?
Antwort	<p>Unter HL050 ist sowohl eine Hemihepatektomie als auch eine erweiterte Hemihepatektomie zu codieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente V, VI, VII, VIII (+ ggf. I) • linke Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV (+ ggf. I) • rechte erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente IV, V, VI, VII, VIII (+ ggf. I) • linke erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV, V, VIII (+ ggf. I) <p>Mit dem Begriff „Resektion angrenzender Gewebe“ ist in erster Linie die Resektion der jeweils angrenzenden Segmente gemeint. Eingriffe an den Lebergefäßen inkl. Pfortader sind ebenfalls umfasst.</p> <p>Anmerkung: Die bei einer Hemihepatektomie erforderlichen biliodigestiven Anastomosen sind zusätzlich unter HM140 zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
HL045 HL050	Zentrale Leberresektion (LE=je Sitzung) Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1049
Frage	Können die Leistung zentrale Leberresektion und die Leistung Hemihepatektomie gemeinsam codiert werden?
Antwort	Nein, es ist entweder eine zentrale Leberresektion oder eine Hemihepatektomie zu codieren.

Code	Bezeichnung
HL031	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
HL032	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
HL042	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HL045	Zentrale Leberresektion (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1050
Frage	Wie ist eine isolierte Resektion des Segments IV nach einer länger zurückliegenden Hemihepatektomie zu codieren?
Antwort	Die isolierte Resektion des Segments IV nach einer Hemihepatektomie ist unter HL032 (Segmentresektion offen) oder HL042 (Segmentresektion lap.) zu codieren.

Code	Bezeichnung
DH050	Rekonstruktion der Vena cava (LE=je Sitzung)
ED070	Arteriennaht – Abdomen, Becken (LE=je Sitzung)
ED091	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – Abdomen (LE=je Sitzung)
HL050	Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1051
Frage	Sind die bei Hepatektomien durchgeführten Rekonstruktionen bzw. Thrombektomien der Pfortader zusätzlich zu codieren?
Antwort	Die im Rahmen einer Hepatektomie durchgeführten Pfortaderrekonstruktionen bzw. Thrombektomien in der Pfortader sind Teil des Eingriffs und nicht zusätzlich zu codieren. Die zusätzliche Codierung von Eingriffen an den Gefäßen wie z.B. ED070, ED091 ist im Regelfall nicht erforderlich. DH050 ist nur dann zusätzlich zu erfassen, wenn nicht nur die Pfortader, sondern auch die Vena cava rekonstruiert wurde.

Code	Bezeichnung
NF030	Mosaikplastik – arthroskopisch (LE=je Seite)
NF120	Mosaikplastik – offen (LE=je Seite)
NF131	Implantation autologer Chondrozyten – offen (LE=je Seite)
NF132	Implantation autologer Chondrozyten – arthroskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	10-1052
Frage	Was ist bei der Codierung dieser Leistungen zu beachten?
Antwort	Durch die Leistungen NF131 und NF132 wurde die bisherige Leistung „NF130 – Kultivierung autologer Chondrozyten (LE=je Aufenthalt)“ in Kombination mit einer Leistung für die Implantation ersetzt. Die Leistungen NF131 und NF132 beinhalten daher sowohl die Kultivierung der zuvor entnommenen Chondrozyten als auch die Implantation. Die zulässigen Gelenke und Indikationen bleiben unverändert. Auch die Leistungen NF131 und NF132 sind nur bei der Kultivierung autologer Chondrozyten zur Implantation bei isolierten posttraumatischen Gelenksschäden sowie bei juveniler Osteochondritis dissecans an den Femurkondylen zu codieren. Einzeitige Operationen, bei denen keine Kultivierung von Chondrozyten erfolgt, sind nicht unter NF131 oder NF132 zu codieren, sondern unter NF030 bzw. NF120 zu subsumieren.

Nach Rückmeldungen der Krankenanstalten und Diskussion mit den medizinischen Fachleuten der Landesfonds wurde der Codierhinweis 10-925 wie folgt überarbeitet:

Code	Bezeichnung
MD010	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite)
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
PA040	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-925
Frage	Wie sind Operationen mit Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial („Shark Screw“) (z.B. bei Kahnbeinfrakturen/-Pseudoarthrosen, Halluxoperationen) zu codieren?
Antwort	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 nur dann zusätzlich zu erfassen, wenn Knochen aus der Knochenbank oder Spongiosaersatz zur Auffüllung größerer Knochendefekte verwendet wird oder wenn Schrauben aus Knochenmaterial verwendet werden, um einen Folgeaufenthalt zur Metallentfernung auszuschließen.

Der Codierhinweis 10-844 wurde wie folgt überarbeitet:

Code	Bezeichnung
PA040	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-844
Frage	Ist hier auch die intraoperative Verwendung von Knochenwachstumsfaktoren wie Eptotermin alfa (Osigraft, Opgenra) oder von mit Antibiotika versetzten Knochenmaterialien (z.B. Osteomycin-V) zu codieren?
Antwort	Unter PA040 ist ausschließlich die Verwendung größerer Mengen von Knochen aus der Knochenbank oder von Spongiosaersatzmaterialien zur Defektauffüllung im Rahmen eines anderen Eingriffs zu codieren. Die intraoperative Verwendung von Wachstumsfaktoren oder von Antibiotika bzw. kleinerer Mengen von mit Antibiotika versetzten Knochenmaterialien ist, wie auch alle anderen Medikamente, hier nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA063	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Belantamab-Mafodotin: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1053
Frage	Wie ist die Verabreichung von Belantamab-Mafodotin in der angegebenen Dosierung von 2,5 mg/kg KG zu codieren?
Antwort	Die ursprüngliche Kalkulation zu dieser Leistung bezieht sich auf eine Ampulle. Für 2,5 mg/kg KG sind 2 Ampullen erforderlich, daher ist mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XN180	Monoklonaler Antikörper Sotrovimab bei Covid-19 (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1054
Frage	Wie ist die Therapie von Covid-19 mit dem monoklonalen Antikörper Sotrovimab zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Sotrovimab bei Covid-19 ist unter dem mit dem Service Pack 1 ergänzten Code XN180 zu codieren.

3 Erläuterungen zur Datenmeldung

3.1 Fragen zur stationären Datenmeldung

Was ist bei der Dokumentation stationärer Aufenthalte an standortübergreifenden Abteilungen gemäß KaKuG zu beachten?

Bei der Dokumentation wird nicht zwischen standortübergreifenden Abteilungen und anderen Abteilungen unterschieden. Die Dokumentation stationärer Aufenthalte erfolgt nach den gleichen Regeln wie bei allen anderen Abteilungen.

Bei einer Verlegung mit einem Wechsel des Standorts zwischen zwei Krankenanstalten (unterschiedliche KA-Nummern) ist eine Transferierung in die andere Krankenanstalt zu dokumentieren (neue Satzart X01). Dazu ist der Aufenthalt (Satzart X01) an der ersten KA mit dem Entlassungskennzeichen „T“ abzuschließen und an der zweiten KA ein neuer Aufenthalt (Satzart X01) mit dem Aufnahmekennzeichen „T“ anzulegen.

Bei einer Verlegung mit einem Wechsel des Standorts innerhalb einer Krankenanstalt mit mehreren Standorten (gleiche KA-Nummer) ist eine Verlegung auf den jeweiligen Abteilungsfunktionscode des anderen Standorts zu dokumentieren. Dazu ist der Aufenthalt an der Abteilung (Satzart X02) mit dem Abteilungsfunktionscode am ersten Standort abzuschließen und ein neuer Aufenthalt an der Abteilung (Satzart X02) mit dem Abteilungsfunktionscode des anderen Standorts anzulegen. Beide Aufenthalte sind dem ursprünglich angelegten Basisdatensatz (Satzart X01) zuzuordnen.

Wenn ein durchgehender stationärer Aufenthalt an einem der beiden Standorte erfolgt und Leistungen am anderen Standort erbracht werden, ist in der Satzart X04 der leistungserbringende Abteilungsfunktionscode (bei gleicher KA-Nummer) oder die leistungserbringende KA-Nummer des anderen Standorts (bei unterschiedlicher KA-Nummer) einzutragen.

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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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