

## **39. LKF-Rundschreiben**

ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSEN- UND LEISTUNGSDOKUMENTATION UND  
ZUR DATENMELDUNG (August 2023)

## **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. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

### **Projektteam**

#### **BMSGPK:**

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, 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:**

Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, im August 2023

**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 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen .....	5
1.1.1 Codierung von Frühgeborenen .....	5
1.1.2 Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung .....	5
1.2 Kapitelbezogene Hinweise zur ICD-10 .....	6
<b>2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation .....</b>	<b>8</b>
2.1 Allgemeine Hinweise .....	8
2.1.1 Codierung von Leistungen bei Neugeborenen .....	8
2.2 Hinweise zur Leistungsdokumentation (ambulant) .....	8
2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und ambulant).....	10

# 1 Erläuterungen zur Diagnosedokumentation

## 1.1 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen

Die folgenden Unterkapitel werden ergänzt:

### 1.1.1 Codierung von Frühgeborenen

Ab dem Berichtsjahr 2024 (=Entlassung ab dem 1.1.2024) ist bei allen Frühgeborenen bzw. Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht sowohl ein Code aus P07 als auch ein Code aus 301.21–301.42 zur exakten Erfassung des Gestationsalters bei der Geburt anzugeben. Der Code aus 301.21–301.42 ist als Zusatzdiagnose zu codieren. Die Codes 301.21–301.42 werden auch für die Gültigkeitsdauer der Kriterien der Plausibilitätsprüfung neonatologischer Intensivaufenthalte berücksichtigt.

Auf neonatologischen Intensivseinheiten sind die Codes „P07.0 Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht“ und „P07.1 Neugeborenes mit sonstigem niedrigem Geburtsgewicht“ 5-stellig zu codieren.

### 1.1.2 Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung

Bei stationären Aufenthalten sind abgeklärte Entlassungsdiagnosen zu codieren. Die Codierung ist daher erst dann vorzunehmen, wenn alle Befunde inklusive der Histologie vorliegen und der endgültige Arztbrief erstellt wird.

Wenn zum Zeitpunkt der Dokumentation keine ausreichende Abklärung zur Festlegung einer Diagnose möglich ist, beispielweise bei ambulanten Besuchen oder tagesklinischen Aufenthalten zur Tumorabklärung mit noch ausstehenden histologischen Befunden, so ist das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu codieren, das/der zur Abklärung führte, zum Beispiel „R91 – Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge“.

Wenn bei der Abklärung nichts gefunden wurde, ist ein Code aus dem Dreisteller „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu codieren, z.B. „Z03.1 Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung“.

## 1.2 Kapitelbezogene Hinweise zur ICD-10

Ab dem Berichtsjahr 2024 ist „D68.2 Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren“ mit einem der im Folgenden angeführten 5-stelligen Codes zu codieren:

Code	Bezeichnung
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

Bei den Codierhinweisen zu Kapitel XVIII wird der folgende Hinweis ergänzt:

Code	Bezeichnung
R00.0–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Frage	Wann sind diese Codes zu codieren?
Antwort	Diese Codes sollen grundsätzlich nur verwendet werden, wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen werden konnte, z.B. bei ambulanten Besuchen mit noch ausstehenden Untersuchungsergebnissen.

Bei den Codierhinweisen zu Kapitel XXI wird der Hinweis zur Codierung bei nicht abgeschlossener Abklärung eines Bronchialkarzinoms durch folgenden Hinweis ersetzt:

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>D38.1</b> <b>R91</b> <b>Z03.1</b>	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist zu codieren, wenn eine stationäre Aufnahme zur Abklärung eines Bronchialkarzinoms erfolgt, ohne dass die Diagnose bei der Entlassung bestätigt oder widerlegt werden kann?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall ist bei einem stationären Aufenthalt die Codierung erst vorzunehmen, wenn alle während des Aufenthaltes erhobenen Befunde inklusive der Histologie vorliegen und eine abgeklärte Diagnose gestellt werden kann. Wenn zum Zeitpunkt der Codierung, beispielweise bei ambulanten Besuchen oder tagesklinischen Aufenthalten, noch Untersuchungsergebnisse ausständig sind, so ist, wie im Kapitel „Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung“ angeführt, der Grund für die Abklärung zu codieren, zum Beispiel „R91 Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge.“ Die Diagnose D38.1 ist nur dann zu codieren, wenn der Tumor nach erfolgter pathohistologischer Abklärung als Neubildung mit unsicherem oder unbekanntem Verhalten einzuordnen ist.

## 2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

Die Allgemeinen Hinweise zur Leistungsdokumentation werden wie folgt ergänzt:

### 2.1 Allgemeine Hinweise

Das folgende Unterkapitel wird ergänzt:

#### 2.1.1 Codierung von Leistungen bei Neugeborenen

Im Regelfall erhält das Neugeborene im Verlauf des stationären Aufenthaltes der Mutter keine eigene Aufnahmezahl und es wird kein Diagnosen- und Leistungsbericht übermittelt, in dem Diagnosen und Leistungen das Kind betreffend erfasst werden.

Die Kosten für die Betreuung der bei der Mutter verweilenden Neugeborenen und die an ihnen erbrachten medizinischen Leistungen (z.B. Screeninguntersuchungen, UV-Bestrahlung bei Ikterus) sind in den Fallpauschalen für die Geburt inkludiert.

Leistungen an Neugeborenen sind daher in den bundeseinheitlichen Diagnosen- und Leistungsberichten nicht zu dokumentieren, auch nicht ambulant.

### 2.2 Hinweise zur Leistungsdokumentation (ambulant)

Der bestehende Hinweis 01-957 wird wie folgt präzisiert:

Code	Bezeichnung
<b>AM510</b>	Psychiatrisches Erstgespräch und Stuserhebung (LE=je Sitzung)
<b>AM540</b>	Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung)
<b>ZZ533</b>	Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-957
<b>Frage</b>	Wie sind psychiatrische Untersuchungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung AM510 ist nur beim psychiatrischen Erstgespräch mit Stuserhebung zu codieren. Alle weiteren psychiatrischen Gespräche/Untersuchungen sind nicht unter AM510, sondern unter ZZ533 zu codieren. Werden standardisierte psychiatrische Tests herangezogen, so sind diese unter AM540 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZZ532</b>	Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung) (LE=je Sitzung)
<b>ZZ533</b>	Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1073
<b>Frage</b>	Wie ist eine Untersuchung nach einem stationären Aufenthalt zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch bei der ersten Untersuchung nach einem stationären Aufenthalt ist ZZ533 zu codieren. Die Erstuntersuchung fand ja bereits vor bzw. im stationären Aufenthalt statt.

Code	Bezeichnung
<b>ZN884</b>	Vorsorgeuntersuchung – Koloskopie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1074
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Vorsorgekoloskopie gemäß nationalem Vorsorgeprogramm auch eine Polypektomie erfolgt?
<b>Antwort</b>	Bei Vorsorgekoloskopien gemäß nationalem Vorsorgeprogramm ist ZN884 zu codieren. Dies gilt auch dann, wenn im Rahmen der Untersuchung ein/mehrere Polypen entfernt werden. Die gleichzeitige Codierung von ZN884 und „HH020 – Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)“ ist nicht zulässig. Allgemein gilt, dass die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen innerhalb des gleichen ambulanten Besuchs nicht mit anderen Leistungen kombiniert werden können.

Code	Bezeichnung
<b>AP520</b>	Regionalanästhesie (LE=je Sitzung)
<b>AP521</b>	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)
<b>AP530</b>	Allgemeinanästhesie mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation (LE=je Sitzung)
<b>AP540</b>	Analgesedierung (LE=je Sitzung)
<b>AP541</b>	Sedierung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	23-1075
<b>Frage</b>	Wann sind die im Leistungskatalog enthaltenen Anästhesieleistungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die im Leistungskatalog enthaltenen Anästhesieleistungen sind grundsätzlich bei allen ambulanten Besuchen zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Bei ambulanten Besuchen mit tagesklinischen Leistungen erfolgt keine zusätzliche Bepunktung, da die Anästhesie in den tagesklinischen/stationären Leistungen bereits inkludiert ist.

Der bestehende Hinweis 18-941 wird wie folgt adaptiert:

Code	Bezeichnung
<b>ZZ550</b>	Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Stuserhebung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-941
<b>Frage</b>	Was ist unter der Leistung „ZZ550 – Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Stuserhebung (LE=je Sitzung)“ zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Unter ZZ550 sind diagnostische/therapeutische Konsultationen von Therapeuten, Hebammen und Sozialarbeitern sowie von DGKP mit spezieller Ausbildung zu erfassen. Die routinemäßigen Leistungen der Pflege sind in den Pflegedokumentationssystemen zu erfassen und nicht Bestandteil des Leistungskatalogs. Gespräche mit den Angehörigen sind nicht gesondert zu erfassen.

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

Code	Bezeichnung
<b>AC020</b> <b>AC030</b>	Anlage eines Ventrikelshunts (LE=je Sitzung) Revision eines Ventrikelshunts (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-1076
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel eines Ventrikelshunts zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einem vollständigen Implantatwechsel ist die Leistung AC020 zu codieren. Revisionen mit teilweisem Ersatz sind unter AC030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LH199</b> <b>LZ010</b>	Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung) Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-1077
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei vorhandenen Osteosynthesen der Wirbelsäule nur ein kleiner Teil des implantierten Osteosynthesematerials getauscht wird, wie z.B. eine Schraube?
<b>Antwort</b>	Für den partiellen Ersatz von Osteosynthesematerial der Wirbelsäule gibt es keine spezifische Leistung. Solche Eingriffe sind unter LZ010 in Kombination mit LH199 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>BE010</b> <b>BE520</b>	Glaukomoperation (LE=je Seite) Lasertherapie an Iris, Ziliarkörper, Skleren, Vorderkammer (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-1078
<b>Frage</b>	Wie ist die Behandlung des sekundären Glaukoms mittels Zyklphotokoagulation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Lasertherapien am Ziliarkörper wie die Zyklphotokoagulation sind unter BE520 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>GF070</b> <b>GF080</b> <b>GF091</b> <b>GF092</b>	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung) Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung) Anatomische Segmentresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung) Anatomische Segmentresektion der Lunge – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	04-1079
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine anatomische Segmentresektion am rechten Lungenflügel und eine Keilresektion am linken Lungenflügel erfolgt und wie ist zu codieren, wenn eine anatomische Segmentresektion am Oberlappen und eine Keilresektion am Unterlappen auf der gleichen Seite erfolgt?
<b>Antwort</b>	In beiden Fällen ist je einmal GF070 und GF091 zu codieren. Die Codierung von Lungenresektionen ist unabhängig davon vorzunehmen, ob auf der gleichen, oder auf verschiedenen Seiten operiert wird. <b>Anmerkung:</b> Es erfolgt keine zusätzliche Bepunktung.

Code	Bezeichnung
<b>DA100</b>	Korrektur angeborener Herzfehler ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-1080
<b>Frage</b>	Wie ist die Korrektur angeborener Fehlbildungen an der Aorta zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine eigene Leistung für Operationen bei Fehlbildungen der Aorta gibt es nicht. Operationen bei Fehlbildungen der Aorta können unter der Leistung DA100 subsummiert werden.

Code	Bezeichnung
<b>EZ020</b>	Anlage eines arteriovenösen Dialyseshunt ohne Kunststoff (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-1081
<b>Frage</b>	Wie ist die minimalinvasive Herstellung einer arteriovenösen Fistelverbindung (z.B. mittels Ellipsys System) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die minimalinvasive Anlage eines arteriovenösen Shunts ist nicht explizit im Leistungskatalog abgebildet und derzeit unter EZ020 zu subsummieren.

Der Hinweis 07-193 wird wie folgt ergänzt:

Code	Bezeichnung
<b>LM101</b>	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung)
<b>LM111</b>	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-193
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei einem laparoskopischen/laparotomischen Eingriff eine paraumbilicale Hernie mitversorgt wird?
<b>Antwort</b>	Der laparoskopische/laparotomische Eingriff ist 1x unter der jeweiligen Leistungsposition für den abdominalen Eingriff zu codieren. Die Sanierung der paraumbilicalen Hernie ist 1x unter LM101 oder LM111 zu codieren. Der allfällige Verschluss kleinerer Nabelhernien/Bauchwanddefekte an der Trokareinstichstelle ist dagegen nicht zusätzlich unter LM101/LM111 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JD130</b>	Exzision einer Urachusfistel (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-1082
<b>Frage</b>	Wie ist die Exzision einer Urachuszyste zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Exzision einer Urachuszyste ist unter JD130 zu codieren.

Der Hinweis 08-698 wird wie folgt präzisiert:

Code	Bezeichnung
<b>JL070</b> <b>JN079</b>	Neubildung/plastische Rekonstruktion von Vulva und Vagina (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Geburt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-698
<b>Frage</b>	Wie sind Introitus- und Scheidenrekonstruktionen bei Zustand nach Geburtsverletzungen (auch Dammriss III. oder IV. Grades) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die operative Versorgung von Geburtsverletzungen (Nähte an Cervix, Vagina, Damm) ist unter JN079 zu codieren. Die Leistung JL070 ist bei einem der folgenden Eingriffe zu codieren: Scheidenblindsackverlängerungsplastik, Neubildung einer Vagina – alle Methoden, plastisch rekonstruktive Eingriffe bei AGS und transversalem Scheidenseptum.

Code	Bezeichnung
<b>QZ540</b>	Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit plastischem Wundverschluss (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-1083
<b>Frage</b>	Welche Arten des Wundverschlusses sind hier gemeint? Gehört ein mehrschichtiger Wundverschluss auch dazu?
<b>Antwort</b>	Hier sind alle lokalen plastischen Verschlussarten gemeint, also alle Formen des Wundverschlusses, bei denen zusätzlich zur Mobilisation der Wundränder eine Gewebeverlagerung zur Spannungsreduktion stattfindet (z.B. Verschiebelappen, Schwenklappen, Rotationslappen, VY-, W-, Z-Plastik bzw. alle Formen der Nahlappenplastik). Ein mehrschichtiger Wundverschluss per se stellt keine Form des plastischen Wundverschlusses dar. Aufwändigere im Leistungskatalog explizit abgebildete Plastiken sind unter den jeweiligen Leistungspositionen zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>ME120</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1084
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation nach Bristow/Latarjet bei rezidivierenden Schulterluxationen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen zur Stabilisierung des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks, wie z.B. eine Operation nach Bristow/Latarjet, sind unter ME120 zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>MZ010</b> <b>MZ209</b> <b>NZ010</b> <b>NZ179</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite) Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1085
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei vorhandenen Osteosynthesen nur ein kleiner Teil des implantierten Osteosynthesematerials getauscht wird, wie z.B. eine Schraube?
<b>Antwort</b>	Für den partiellen Ersatz von Osteosynthesematerial gibt es keine spezifische Leistung. Solche Eingriffe sind unter MZ010/NZ010 in Kombination mit MZ209/NZ179 zu erfassen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>NJ065</b>	Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1086
<b>Frage</b>	Wie ist eine Lemaire-Plastik zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine anteolaterale Tenodese nach Lemaire ist unter NJ065 zu subsumieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>NZ060</b> <b>NZ070</b> <b>NZ131</b>	Korrektur einer einfachen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite) Korrektur einer komplexen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite) Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1087
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation überzähliger Zehen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Operation überzähliger Zehen ist in Analogie zu den Operationen an der oberen Extremität unter NZ060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ060</b>	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
<b>NZ031</b>	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
<b>NZ070</b>	Korrektur einer komplexen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1088
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation einer Fußfehlbildung beim Erwachsenen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Operation einer Fehlbildung des Fußes beim Erwachsenen ist unter den jeweils erbrachten Leistungspositionen zu codieren. Zum Beispiel ist die Spaltung einer knöchernen Syndaktylie mit plastischer Deckung unter NZ031 und QZ060 zu codieren.

Die Hinweise zur Codierung von Aortenstentgrafts (12-634, 12-173) werden durch folgenden Hinweis ersetzt:

Code	Bezeichnung
<b>DG030</b>	Implantation eines Stentgrafts – Aorta thorakal (LE=je Sitzung)
<b>DG040</b>	Implantation eines Stentgrafts – Aorta abdominal (LE=je Sitzung)
<b>DG042</b>	Implantation eines gefensterten Stentgrafts – Aorta abdominal para-/suprarenal (LE=je Sitzung)
<b>DG050</b>	Implantation eines Stentgrafts – Aortenbifurkation (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-1089
<b>Frage</b>	Wie ist bei der Implantation von Stentgrafts in die Aorta zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation eines Stentgrafts in die Aorta bzw. Aortenbifurkation ist 1x je Sitzung unter der Leistungsposition für den jeweiligen Aortenabschnitt zu codieren. Die Leistungen beinhalten die vollständige Implantation eines Stentgrafts inklusive Verlängerung. Wird eine Implantation in benachbarte Aortenabschnitte durchgeführt, z.B. bei einer Versorgung der Aortenbifurkation bis zum Abgang der A. renalis, so sind beide Leistungspositionen zu codieren, hier DG040 und DG050. Bei der Implantation gefensterter oder gebranchter Aortenstentgrafts ist DG042 zu codieren. Die Versorgung der von der Aorta abgehenden Gefäße ist zusätzlich unter ED030 zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>KC050</b>	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
<b>KC060</b>	Radionuklidtherapie mit hochdosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	14-1090
<b>Frage</b>	Wann und wie oft ist KC050 zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen KC030 bis KC060 sind jeweils einmal bei der Verabreichung des Radionuklids zu codieren. Die vorbereitende Gabe von rekombinantem TSH bei den Leistungen KC050 und KC060 ist nicht zu codieren. Die Codierung der Leistung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ist nicht zulässig.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>FV090</b>	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	17-1091
<b>Frage</b>	Wie ist eine Lipidapherese bei Hypercholesterinämie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Lipidapherese ist unter FV090 zu codieren.

Die Hinweise zur Codierung der Leistung AA040 werden durch den folgenden Hinweis ersetzt:

Code	Bezeichnung
<b>AA040</b>	Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	20-1092
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung AA040 zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Die Leistung AA040 ist bei jeder Aufnahme zur Schlaganfallbehandlung auf einer Stroke Unit zu codieren, also immer dann, wenn auch ein Eintrag in das Stroke-Unit-Register erfolgt. Das ist bei Codierung eines 4-Stellers aus den folgenden Krankheitskategorien der Fall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I60 Subarachnoidalblutung</li> <li>• I61 Intrazerebrale Blutung</li> <li>• I63 Hirninfarkt</li> <li>• G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome</li> </ul> <p>Bei anderen Diagnosen, bei denen keine Schlaganfallbehandlung erfolgt, ist die Leistung nicht zu erfassen.</p> <p>Die Leistung AA040 ist 1x pro Krankenhausaufenthalt zu codieren.</p> <p>Voraussetzung für die Genehmigung zur Abrechnung der Leistung ist die Erfüllung der in der LKF-Modellbeschreibung definierten Abrechnungsvoraussetzungen inklusive Datenmeldung an das Stroke-Unit-Register.</p>

Code	Bezeichnung
<b>AM060</b>	Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag)
<b>Hinweis</b>	20-1093
<b>Frage</b>	Laut Modellbeschreibung müssen zusätzlich zur Ergotherapie zumindest 90 Minuten täglich andere Therapieleistungen durchgeführt werden. Wie ist damit umzugehen, wenn dies an einzelnen Tagen, z.B. bei einem therapeutischen Ausgang nicht möglich ist?
<b>Antwort</b>	Die in der Modellbeschreibung angeführten Zeiten sind Durchschnittswerte von denen in der täglichen Praxis abgewichen werden kann, sofern das tägliche Therapieangebot mehrere Fachbereiche umfasst und die angeführten Zeitangaben in Summe über eine Woche eingehalten werden. An einzelnen Tagen, z.B. bei einem soziotherapeutischen Ausgang, der den ganzen Tag dauert, ist es zulässig, dass keine weiteren Therapien angeboten werden.

Der Hinweis 21-823 wird wie folgt aktualisiert:

Code	Bezeichnung
<b>XA330</b>	Immunsuppressive zytostatische Therapie bei nicht-onkologischen Erkrankungen (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-823
<b>Frage</b>	Ist die Verabreichung von monoklonalen Antikörpern bei nicht onkologischen Erkrankungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die im Leistungskatalog als onkologische Therapie abgebildeten monoklonalen Antikörper sind auch bei nicht onkologischen Erkrankungen zu codieren, sofern die Verabreichung in vergleichbarer Dosierung erfolgt. <b>Anmerkung:</b> Eine explizite Bepunktung erfolgt gegenwärtig nur bei Vorhandensein einer onkologischen Diagnose (siehe 3.5.3 Regelwerk onkologische Therapien). Die Codierung wird aber für Modellbildung und die Bewertung der nicht-onkologischen Fallpauschalen herangezogen.

Der folgende Hinweis ersetzt den Hinweis 21-1011:

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>XA010 bis XA250 XB100 bis XB270 XC012 bis XC990</b>	Onkologische und zusätzliche onkologische Therapien  Pädiatrische onkologische Therapie  Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-1094
<b>Frage</b>	Wie sind die im Leistungskatalog abgebildeten onkologischen Therapien zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Die mit XA beginnenden LeistungsCodes können mit einer Ausnahme (XA185 bei Kindern und XA186 bei Erwachsenen) bei Kindern und Erwachsenen codiert werden. Die mit XA beginnenden Leistungen können beliebig mit anderen XA-, XB- oder XC-Codes kombiniert werden.</p> <p>Bei den Chemotherapien erfolgt eine Differenzierung nach dem Alter.</p> <p>Die mit XB beginnenden pädiatrischen onkologischen Therapien sind bei Kindern/ Jugendlichen zu codieren. Bei Codierung in Kombination mit einem Alter &gt; 19 wird von der Plausibilitätsprüfung ein –mit Begründung akzeptierbarer – Error generiert. Weitere Informationen zur Codierung der pädiatrischen onkologischen Therapien stehen im Hinweis 21-977.</p> <p>Die mit XC beginnenden Chemotherapieschemata sind bei Erwachsenen zu codieren. Bei Codierung in Kombination mit einem Alter &lt; 15 wird von der Plausibilitätsprüfung ein – mit Begründung akzeptierbarer – Error generiert.</p> <p>Eine Kombination von mit XB und mit XC beginnenden Codes ist nicht möglich.</p> <p>Bei den Chemotherapieschemata für Erwachsene (Codes beginnend mit XC) ist das jeweils passende Schema oder die teuerste Substanz als Monotherapie zu codieren.</p>

Hinweis 21-785 wird wie folgt präzisiert:

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC954</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-785
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn ein Schema zwar vorhanden ist, jedoch nicht mit angegebener Dosierung verabreicht wird (mehr/weniger) bzw. die Tage der Verabreichung nicht mit den vorgeschriebenen Tagen übereinstimmen?
<b>Antwort</b>	<p>In der Detaildarstellung der Schemata im <b>Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1, Chemotherapieschemata Erwachsene</b>, sind zu jedem Schema die Substanzen, Verabreichungstage und die jeweilige Dosierung hinterlegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gesamtmenge ergibt sich für jede Substanz aus der pro Tag verabreichten Menge und der Anzahl der angeführten Verabreichungstage.</li> <li>• Das Schema kann codiert werden, wenn für jede im Schema enthaltene Substanz die Gesamtmenge der angeführten Menge entspricht bzw. bis zu einer Bandbreite von ca. 30% bei begründeten Anpassungen der Dosierung im Einzelfall (z.B. bei palliativer Chemotherapie) einer oder mehrerer Substanzen.</li> <li>• Bei größeren Abweichungen ist ein anderes Schema auszuwählen, die teuerste Monotherapie zu codieren oder keine Codierung möglich.</li> <li>• Wenn die Verabreichung einer oder mehrerer Substanzen in der angegebenen Dosierung an einem anderen Kalendertag erfolgt, kann das vorhandene Schema codiert werden.</li> <li>• Wenn die Gesamtmenge einer oder mehrerer Substanzen auf mehrere Tage als angegeben verteilt wird oder umgekehrt, kann das vorhandene Schema ebenfalls codiert werden.</li> </ul> <p>Bitte Änderungen der Verabreichungstage oder modifizierte Schemata dem BMSGPK mitteilen, damit eine Aktualisierung der Schemata erfolgen kann.</p>

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC990</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-1095
<b>Frage</b>	Wie ist die ambulante Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Bei der ambulanten Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata ist die Nummer des Chemotherapieschemas nur beim ersten ambulanten Besuch zu codieren. Bei allen Folgebesuchen zur Verabreichung dieses Schemas ist XC990 zu codieren. Die Nummer des Schemas ist nicht mehr zu erfassen.</p> <p>Beispiel Verabreichung von Cisplatin/Etoposid (PE) (Tag 1-3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tag 1: Codierung XC304</li> <li>• Tag 2: Codierung XC990</li> <li>• Tag 3: Codierung XC990</li> </ul>

Der folgende Hinweis ersetzt die Hinweise 21-807 und 21-500, 21-787:

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC990</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-1096
<b>Frage</b>	Wie ist die stationäre Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Bei der stationären Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata ist die Nummer des Chemotherapieschemas nur einmal für den gesamten in der Klammer angegebenen Zeitraum (z.B. Tag 1-3) zu codieren. Im gleichen stationären Aufenthalt ist keine weitere Codierung vorzunehmen, auch nicht unter XC990.</p> <p>Die für die Codierung relevanten Verabreichungszeiträume sind in Klammern bei der Leistungsbezeichnung angegeben. Details zu den Verabreichungstagen und den hinterlegten Mengen sind im <b>Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1, Chemotherapieschemata Erwachsene</b> dargestellt.</p> <p>Eine mehrmalige Codierung des gleichen Schemas ist nur bei den mit „jeweils“ gekennzeichneten Schemata (siehe Hinweis 21-794) erforderlich, oder wenn bei einem langen stationären Aufenthalt ein neuer Zyklus beginnt.</p> <p>Wenn innerhalb des angegebenen Verabreichungszeitraums eine Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt, ist bei der Weiterbehandlung XC990 zu codieren. Die Nummer des Chemotherapieschemas ist nicht mehr anzuführen. Dies gilt sowohl bei ambulanter Weiterbehandlung als auch bei stationärer Aufnahme in der gleichen oder einer anderen Krankenanstalt.</p>

Der Hinweis 21-794 wird wie folgt aktualisiert:

Code	Bezeichnung
<b>XC070</b>	ALL Erhaltung Erwinase < 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24)
<b>XC071</b>	ALL Erhaltung Erwinase > 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24)
<b>XC072</b>	ALL Erhaltung MTX/PEG-ASP (jeweils Tag 1-7, Tag 15-21)
<b>XC494</b>	Eribulin (jeweils Tag 1, Tag 8)
<b>XC595</b>	Gemcitabine/Paclitaxel-NAB (jeweils Tag 1, 8, 15)
<b>XC598</b>	Gemcitabine/Treosulfan (jeweils Tag 1, 8)
<b>XC606</b>	GVD (jeweils Tag 1, 8)
<b>XC672</b>	Irinotecan/Oxaliplatin (jeweils Tag 1, 15)
<b>Hinweis</b>	21-794
<b>Frage</b>	Bei welchen Chemotherapieschemata ist eine mehrmalige Codierung erforderlich?
<b>Antwort</b>	Bei allen in der Klammer mit „jeweils“ gekennzeichneten Schemata ist das Schema für jeden mit Komma getrennten Zeitraum 1x zu codieren, im Regelfall also 2x. <b>Cave:</b> Ohne die Angabe von „jeweils“ ist ein Schema nur 1x zu codieren. Dies gilt auch für mit Komma getrennte Tage, z.B. bei „XC116 – ARA-C (MIDAC) (Tag 1, 3, 5)“



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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