

42. LKF-Rundschreiben

ERLÄUTERUNGEN ZUR DIAGNOSEN- UND LEISTUNGSDOKUMENTATION UND
ZUR DATENMELDUNG im intramuralen Bereich (August 2026)

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
(BMASGPK)

Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts

„Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)“.

Projektleitung:

Mag. Stefan Eichwalder (BMASGPK)

Projektteam

BMASGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Romana Höltschl, MSc, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Endredaktion)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMASGPK), Anna Mildschuh (SOLVE Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE Consulting, Gesamt-Projektkoordination):

Dr. Gerhard Renner, Ing. Mag. Alexander-Gregor Keller, MBA

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG),
Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Mag. Gabriele Gartner-Wölfl (SOLVE Consulting)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

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

Wien, im August 2026

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGPK 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.

Bestellinfos: Weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter <http://www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice>, zu beziehen.

Inhalt

1 Erläuterungen zur Diagnosendokumentation	5
1.1 Hinweise zur Diagnosencodierung bei ambulanten Besuchen	5
1.1.1 Codierung von mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes	5
1.2 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen	5
1.3 Dokumentation der National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) bei Schlaganfällen ohne Behandlung auf Stroke Units.....	6
2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation	7
2.1 Stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche mit bewilligungspflichtigen Leistungen ...	7
2.2 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und spitalsambulant)	8
2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und spitalsambulant) ab 2027	11

1 Erläuterungen zur Diagnosen-dokumentation

1.1 Hinweise zur Diagnosencodierung bei ambulanten Besuchen

1.1.1 Codierung von mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes

Für die vollständige Codierbarkeit der Gründe ambulanter Besuche, insbesondere im extramuralen Bereich, wird ab dem Berichtsjahr 2027 die Unterscheidung der Kennzeichnung mit „#“ bzw. mit „!“ aufgehoben. Somit gilt:

- Die mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes können sowohl spitalsambulant als auch im extramuralen Bereich verwendet werden.
- Die mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes dürfen nicht als Hauptdiagnose für stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche, die nach dem stationären LKF-Modell bepunktet werden, erfasst werden.
- Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung ist nicht anzugeben.

Die Codes aus dem Kapitel XXa Exogene Noxen – Ätiologie (901–999) und die numerischen Codes aus dem Anhang A zur ICD-10 sind generell nur als Zusatzdiagnosen zu übermitteln.

Bei ambulanten Besuchen mit Leistungen, die nach dem stationären LKF-Modell bepunktet werden, ist weiterhin wie bei stationären Aufenthalten zu codieren. Dies ist bei onkologischen, strahlentherapeutischen, nuklearmedizinischen Therapien, Dialysen/Plasmapheresen, tagesklinischen Leistungen sowie wenigen weiteren operativen Leistungen der Fall.

1.2 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen

Im Berichtsjahr 2026 ist die Übermittlung mehrerer Hauptdiagnosen zu einer Satzart X01 errorfrei möglich, wird aber mit dem Warning „WX57 – Hauptdiagnose mehrfach gemeldet“ versehen. Auch beim Fehlen einer (Haupt-)Diagnose wird im Jahr 2026 an Stelle eines Errors ein Warning „WX56 – Ambulanter Besuch ohne Diagnosen (weder Haupt- noch

Zusatzdiagnose)“ bzw. „WX5F – Ambulanter Besuch mit Zusatzdiagnose(n) aber ohne Hauptdiagnose“ ausgegeben.

Wie bereits 2025 angekündigt, werden für das Berichtsjahr 2027 beim Fehlen einer (Haupt-)Diagnose Errors anstelle der Warnings ausgegeben.

Die Übermittlung mehrerer Hauptdiagnosen zu einer Satzart X01 bleibt errorfrei möglich, wird aber weiterhin mit dem Warning „WX57 – Hauptdiagnose mehrfach gemeldet“ versehen.

1.3 Dokumentation der National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) bei Schlaganfällen ohne Behandlung auf Stroke Units

Ab 1.1.2027 ist, wie im „Qualitätsstandard Integrierte Versorgung Schlaganfall“ vereinbart, eine Erfassung der National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) im Rahmen der LKF-Datenmeldung möglich.

Die konkrete Art der Erfassung (im Rahmen der LKF-Datenmeldung oder alternativer Meldeweg) ist bundeslandspezifisch festzulegen. Im Programmpaket XDok wird als Option eine Prüfung auf Vollständigkeit angeboten (Warning bei fehlender NIHSS-Dokumentation), die zu aktivieren ist, wenn die Erfassung im Rahmen der LKF-Datenmeldung festgelegt wurde.

Die Dokumentation bei der Erfassung im Rahmen der LKF-Datenmeldung erfolgt nach den folgenden Regeln:

- Bei Schlaganfällen (Haupt- oder Zusatzdiagnose I61.x und I63.x), die nicht auf einer Stroke Unit behandelt werden, ist die NIHSS einmal bei Aufnahme in das Krankenhaus standardisiert zu erheben und der resultierende Score (Wertebereich 0–42) als Zusatzdiagnose zu übermitteln.
- Dazu wurden im Anhang zur ICD-10 die Codes „221.00 National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) bei Aufnahme: 0“ bis „221.42 National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) bei Aufnahme: 42“ hinzugefügt.
- In begründeten Ausnahmefällen kann von der Erhebung des NIHSS-Scores abgesehen werden, sofern dieser aus medizinischer Sicht für die weitere Therapieentscheidung nicht zweckmäßig ist. Dann ist der Code „224.0 Keine National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) erhoben“ zu übermitteln.

2 Erläuterungen zur Leistungsdokumentation

2.1 Stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche mit bewilligungspflichtigen Leistungen

Für eine einfache und reibungslose Administration stationärer Aufenthalte/ambulanter Besuche mit durch die Krankenkasse bewilligungspflichtigen Leistungen ist es zweckmäßig, vorab vom zuständigen Versicherungsträger eine Bewilligung zu erwirken, damit bei der Aufnahme in das Krankenhaus/beim ambulanten Besuch eine positive Versichertenanspruchserklärung des zuständigen Versicherungsträgers ausgestellt werden kann.

Um eine einheitliche Administration zu erleichtern, wurde im Handbuch Medizinische Dokumentation unter Punkt 3.5 eine Liste von Leistungen veröffentlicht, die davon betroffen sind. Diese Liste wurde überarbeitet und die folgenden Positionen daraus entfernt:

Code	Bezeichnung
QA020	Narbenkorrektur im Gesichts-/Halsbereich (LE=je Sitzung)
QE170	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)
QZ030	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)
QZ090	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)

Im Handbuch Medizinische Dokumentation 2027 wird die für den Leistungskatalog 2027 neu aufgenommene Leistung QZ110 ergänzt:

Code	Bezeichnung
QZ110	Liposuktion bei gesicherter Indikation (LE=je Sitzung)

2.2 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und spitals-ambulant)

Code	Bezeichnung
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der thorakolumbalen/gesamten Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1110 (neu)
Frage	Wie sind Osteosynthesen an der zervikalen Wirbelsäule über 4 und mehr Etagen zu codieren?
Antwort	Eine Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule über 4 Etagen ist unter LD051 mit Anzahl 4 zu codieren. Der Hinweis, nachdem Osteosynthesen über 4 und mehr Etagen 1x je Sitzung unter LH110 zu erfassen sind, gilt nur für die thorakolumbale Wirbelsäule.

Code	Bezeichnung
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1111 (neu)
Frage	Ist bei Revisions- bzw. Verlängerungsstabilisierungen an der Wirbelsäule die Leistung LZ010 zusätzlich zu LH091 zu codieren, wenn vom vorhandenen Osteosynthesematerial ausschließlich ein Stab/die Stäbe entfernt werden?
Antwort	Wenn bei Revisionsoperationen an der Wirbelsäule im Zuge der Revision bzw. Verlängerung die Stäbe getauscht und die Pedikelschrauben belassen werden, ist LZ010 nicht zu codieren. LZ010 ist ausschließlich bei der Entfernung von im Knochen verankertem Osteosynthesematerial zu erfassen.

Code	Bezeichnung
DG030	Implantation eines Stentgrafts – Aorta thorakal (LE=je Sitzung)
DG130	Partielle Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)
DG140	Totale Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1112 (neu)
Frage	Wie ist eine Rekonstruktion der Aorta mittels Gefäßprothese mit thorakalem Stent ("Frozen Elephant") zu codieren?
Antwort	Eine kombinierte Rekonstruktion mittels chirurgischer Prothesen und Stent ist unter den Leistungen DG130 und DG030 bzw. DG140 und DG030 zu codieren

Code	Bezeichnung
EK035 EK530	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite) Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	05-1113 (neu)
Frage	Wie ist ein Verschluss der Vena saphena mittels VenaSeal® zu codieren?
Antwort	Ein Verschluss der Vena saphena durch medizinischen Kleber, z.B. mittels VenaSeal®, ist nicht unter EK035, sondern unter EK530 zu erfassen. EK035 ist nur bei endoluminalen Koagulationen (z.B. durch Laser, Radiofrequenz) der Venae saphenae zu erfassen.

Code	Bezeichnung
FC030 FC040	Selektive zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite) Radikale zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	05-1114 (neu)
Frage	Wie ist bei einer Neck Dissection zu codieren?
Antwort	FC040 ist nur bei vollständiger Entfernung aller zervikalen Lymphknoten (Level 1–5) der betroffenen Seite zu codieren. Die komplette Entfernung mehrerer Halslymphknotengruppen, z.B. der Level 1–4, ist unter FC030 zu codieren. Die Entfernung eines oder mehrerer Halslymphknoten ist unter FC015 zu codieren.

Code	Bezeichnung
JG015 JG020	Photoselektive Laservaporisation der Prostata (LE=je Sitzung) Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)
Hinweis	08 1115 (neu)
Frage	Wie ist eine Holmium-Laserenukleation der Prostata (HoLEP) zu codieren?
Antwort	Eine transurethrale Entfernung von Prostatagewebe mit Holmium Laser ist unter der Leistung JG020 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-887 (geändert)
Frage	Ist JN020 auch bei einer Totgeburt zu erfassen? Ab wann ist dies möglich?
Antwort	Die Leistung JN020 kann grundsätzlich auch bei einer Totgeburt erfasst werden, sofern eine vaginale Entbindung erfolgte. Als untere Grenze, ab der man nicht mehr von einer Fehl-, sondern von einer Totgeburt spricht, gilt ein Geburtsgewicht von 500 g. Eine Codierung der Leistung JN020 ist daher ebenfalls erst ab diesem Geburtsgewicht möglich. Dieses wird im Regelfall ab der vollendeten 21. SSW erreicht.

Code	Bezeichnung
QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	09-1116 (neu)
Frage	Wie sind Mammaresektionen mit „Axilla-Sampling“ zu codieren? Was sind die Voraussetzungen, um eine der „mit axillärer Lymphadenektomie“ bezeichneten Resektionen codieren zu können?
Antwort	Mammateilresektionen mit Axillasampling sind unter QE040 zu codieren. Das Axilla-sampling entspricht der in der Beschreibung zu QE040 angeführten Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s. Die Leistung QE050 ist nur dann zu codieren, wenn eine vollständige Entfernung der axillären Lymphknoten erfolgt.

Code	Bezeichnung
EC030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
ED056	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Beckengefäße (LE=je Seite)
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
EF031	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit medikamentenbeschichtetem Ballon (DEB) – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-1117 (neu)
Frage	Wie ist eine Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit medikamentenbeschichtetem Ballon der Beckenarterie oder an der oberen Extremität zu codieren?
Antwort	Eine PTA der Beckenarterie oder an der oberen Extremität ist auch bei Verwendung eines medikamentenbeschichteten Ballons unter ED056 zu codieren. Eine Differenzierung nach dem medikamentenbeschichteten Ballon erfolgt nur bei der unteren Extremität. In allen anderen Körperregionen ist eine PTA mit medikamentenbeschichtetem Ballon unter der abgebildeten Position für die PTA der jeweiligen Körperregion zu codieren.

Code	Bezeichnung
EC040	Katheterembolisation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
EF020	Katheterembolisation – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-1118 (neu)
Frage	Wie ist eine Schmerztherapie mittels transarterieller periartikulärer Embolisation (TAPE) am Knie- oder Schultergelenk zu codieren?
Antwort	Die transarterielle periartikuläre Embolisation (TAPE) ist als neue Methode der Schmerztherapie mit noch unklarer Evidenz nicht zu codieren. Dies wurde zuletzt durch eine Evidenzanalyse bestätigt, die vom AIHTA im Zuge der Wartung des Leistungskatalogs für 2027 erstellt wurde. Die im Leistungskatalog abgebildeten Leistungen zur Katheterembolisation wie z.B. EC040 oder EF020 sind nur bei etablierten Indikationen wie Blutungen (Blutstillung), Gefäßmissbildungen und Aneurysmen, sowie bei der Tumorbehandlung (Onkologie) zu codieren.

Code	Bezeichnung
DD040 DD090	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß) Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)
Hinweis	16-1119 (neu)
Frage	Wie ist eine Koronarangioplastie mit „Scoring Ballon“ zu codieren?
Antwort	Koronarangioplastien mittels spezieller Ballons mit Oberflächenelementen zur Modifizierung atherosklerotischer Plaques wie „Cutting Ballon“ oder „Scoring Ballon“ sind unter DD090 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XN200	Implantation eines Herzschrittmachers, HIS Bündel Pacing (LE=je Sitzung)
Hinweis	22-1120 (neu)
Frage	Wie ist die Implantation eines Herzschrittmachers für das „Left Bundle Branch Area Pacing (LBBAP)“ zu codieren?
Antwort	Die Implantation von Herzschrittmachern für alle Formen des Conduction System Pacings (His Bundle Pacing (HBP), Left Bundle Branch Area Pacing (LBBAP)) ist unter XN200 zu codieren.

2.3 Hinweise zur Leistungsdokumentation (stationär und spitals-ambulant) ab 2027

Code	Bezeichnung
DL051 DL052	Implantation eines intrakorporalen univentrikulären Systems zur langfristigen Herzunterstützung (LE=je Sitzung) Implantation eines intrakorporalen biventrikulären Systems mit 2 Pumpen zur langfristigen Herzunterstützung (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1100 (geändert)
Frage	Wie ist die Implantation eines intrakorporalen Systems zur langfristigen Herzunterstützung mit zwei Pumpen zu codieren?
Antwort	Die Implantation eines intrakorporalen Systems zur langfristigen Herzunterstützung mit zwei Pumpen ist 2027 einmal unter DL052 (bisher unter DL051 mit Anzahl 2) zu erfassen.



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

sozialministerium.gv.at