

# **Medizinische Dokumentation – Codierhinweise bis inklusive 41. LKF- Rundschreiben**

1. Jänner 2026

## **Impressum**

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, Mag. Gerhard Gretzl

#### **Ärzteteam:**

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

Fachleute aus den medizinischen Fächern

#### **Statistik:**

Em. o. Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer

#### **Software-Entwicklung:**

DI Bernhard Pesec (dothealth)

#### **Gesundheit Österreich GmbH:**

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

Wien, September 2025

**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

<b>1 Allgemeine Rahmenbedingungen .....</b>	<b>8</b>
1.1 Gesetzliche Grundlagen .....	8
1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation .....	9
<b>2 Diagnosendokumentation .....</b>	<b>10</b>
2.1 Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 .....	10
2.1.1 Aufbau und Struktur des Diagnoseschlüssels ICD-10 BMASGPK 2026.....	11
2.2 Diagnosencodierung bei ambulanten Besuchen .....	18
2.2.1 Allgemeine Regeln.....	18
2.2.2 Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen .....	19
2.2.3 Zusatzdiagnosen.....	20
2.2.4 Ambulanter Besuch – Regelfall .....	20
2.2.5 Ambulanter Besuch in mehreren medizinischen Fachrichtungen – mehrere Diagnosen.....	21
2.2.6 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie) .....	21
2.2.7 Codierung von Z-Codes .....	22
2.2.8 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen .....	23
2.3 Diagnosencodierung bei stationären Aufenthalten.....	23
2.3.1 Hauptdiagnose .....	24
2.3.2 Zusatzdiagnosen.....	25
2.3.3 Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose.....	26
2.3.4 Leitfaden zur Diagnosencodierung.....	26
2.4 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen.....	27
2.4.1 Codierung von Verdachtsdiagnosen .....	27
2.4.2 Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung.....	28
2.4.3 Codierung von Tumorerkrankungen .....	28
2.4.4 Erfassung des Tumorstadiums beim kolorektalen Karzinom .....	29
2.4.5 Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode).....	29
2.4.6 Dokumentation der Rankin-Skala bei Schlaganfällen ohne Behandlung auf Stroke Units .....	31
2.4.7 Codierung der Herzinsuffizienz .....	33
2.4.8 Codierung des Schweregrads bei COPD .....	34
2.4.9 Erfassung der Information „im stationären Aufenthalt erworben“ bei Pneumonien .....	35
2.4.10 Codierung von Entbindung und Geburt .....	35
2.4.11 Codierung des Gestationsalters bei Entbindungen.....	35
2.4.12 Codierung des Gestationsalters bei erstmaliger Aufnahme .....	36
2.4.13 Codierung von Frühgeborenen .....	36
2.4.14 Betreuung von Neugeborenen nach der Geburt .....	36
2.4.15 Codierung von Erkrankungen des Neugeborenen .....	37
2.4.16 Codierung der Revisionsgründe bei Endoprothesen.....	37
2.4.17 Codierung von Sehnenrissen.....	38
2.4.18 Codierung von Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen .....	38
2.4.19 Codierung von zusammenhängenden Aufenthalten .....	38

2.4.20	Codierung von Nachbehandlungen.....	39
2.4.21	Codierung von Nach- und Kontrolluntersuchungen .....	39
2.5	Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10 für stationäre Aufenthalte .....	41
2.5.1	Alle Kapitel.....	41
2.5.2	Kapitel I – Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99).....	42
2.5.3	Kapitel II – Neubildungen (C00–D48) .....	43
2.5.4	Kapitel III – Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89) .....	48
2.5.5	Kapitel IV – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90) .....	49
2.5.6	Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99) .....	50
2.5.7	Kapitel VI – Krankheiten des Nervensystems (G00–G99) .....	51
2.5.8	Kapitel VII – Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59).....	52
2.5.9	Kapitel VIII – Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95).....	53
2.5.10	Kapitel IX – Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99) .....	54
2.5.11	Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99) .....	56
2.5.12	Kapitel XI – Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93) .....	58
2.5.13	Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99).....	59
2.5.14	Kapitel XIV – Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99) .....	60
2.5.15	Kapitel XV – Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99).....	61
2.5.16	Kapitel XVI – Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96) .....	65
2.5.17	Kapitel XVII – Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99).....	66
2.5.18	Kapitel XVIII – Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99).....	66
2.5.19	Kapitel XIX – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98).....	67
2.5.20	Kapitel XXa: Exogene Noxen – Ätiologie (901–999) .....	69
2.5.21	Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99) .....	70
2.6	Codierung von ORPHAcodes .....	72
<b>3</b>	<b>Leistungsdokumentation .....</b>	<b>73</b>
3.1	Systematik des Leistungskatalogs .....	73
3.1.1	Achsensystematik.....	74
3.1.2	Kapitel.....	74
3.1.3	Leistungs_codes .....	74
3.1.4	Leistungseinheiten .....	75
3.2	Definition der Operation.....	75
3.3	Allgemeine Hinweise zur Leistungsdokumentation.....	76
3.3.1	Leistungsdatum .....	76
3.3.2	Kennzeichnung der Seitenlokalisierung .....	77
3.3.3	Gestaltung und Codierung der operativen Leistungspositionen .....	77

3.3.4	Codierung minimalinvasiver und minimalinvasiv assistierter Operationen.....	79
3.3.5	Umstieg von minimalinvasiver auf offene Operation .....	79
3.3.6	Explantationen .....	80
3.3.7	Abgebrochene Operation/Intervention .....	80
3.3.8	Nicht durchgeführte Maßnahmen .....	80
3.3.9	Codierung der Leistungen „Sonstige Operation“ und „Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie“ .....	81
3.3.10	Gestaltung und Codierung der Leistungspositionen des Kapitels 16.....	81
3.3.11	Codierung nicht abgebildeter Leistungen (mit unklarer Evidenz).....	81
3.3.12	Bei stationären Aufenthalten nicht zu codierende Leistungen.....	82
3.3.13	Einheitliche Codierung stationär – ambulant.....	82
3.3.14	Nicht landesgesundheitsfondsrelevante Leistungen .....	83
3.3.15	Codierung extern erbrachter Leistungen .....	83
3.3.16	Codierung von Leistungen bei Neugeborenen.....	83
3.4	Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen .....	84
3.5	Stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche mit chefarztpflichtigen Leistungen .....	86
3.6	Hinweise zur Plausibilitätsprüfung.....	87
3.6.1	Umgang mit Warnhinweisen (W, Warning) .....	87
3.6.2	Umgang mit Bepunktungshinweisen (H, Hinweis).....	88
3.6.3	Regelwerk onkologische Therapien .....	88
3.7	Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung ambulant).....	88
3.8	Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung stationär und spitalsambulant).....	102
3.8.1	Kapitel 01 – Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule .....	102
3.8.2	Kapitel 02 – Augen und Orbita .....	119
3.8.3	Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals.....	123
3.8.4	Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax.....	130
3.8.5	Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem .....	132
3.8.6	Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen .....	145
3.8.7	Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe .....	162
3.8.8	Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde .....	179
3.8.9	Kapitel 10 – Bewegungsapparat.....	189
3.8.10	Kapitel 11 – Organtransplantationen.....	219
3.8.11	Kapitel 12 – Bildgebende Diagnostik und Interventionen.....	220
3.8.12	Kapitel 13 – Strahlentherapie.....	232
3.8.13	Kapitel 14 – Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie .....	234
3.8.14	Kapitel 15 – Endoskopische Diagnostik und Therapie.....	236
3.8.15	Kapitel 16 – Kardiologische Diagnostik und Therapie .....	243
3.8.16	Kapitel 17 – Dialyseverfahren .....	245
3.8.17	Kapitel 18 – Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren .....	247
3.8.18	Kapitel 19 – Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen.....	251
3.8.19	Kapitel 20 – Therapie auf Spezialabteilungen .....	252
3.8.20	Kapitel 21 – Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie .....	253
3.9	Bepunktungsregeln .....	270

3.9.1	Grundsätze .....	270
3.9.2	Kapitel 01 – Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule .....	271
3.9.3	Kapitel 02 – Augen und Orbita .....	272
3.9.4	Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals.....	272
3.9.5	Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax .....	273
3.9.6	Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem .....	273
3.9.7	Kapitel 06 – Endokrine Drüsen .....	274
3.9.8	Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen .....	275
3.9.9	Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe .....	276
3.9.10	Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde .....	278
3.9.11	Kapitel 10 – Bewegungsapparat.....	278
3.9.12	Kapitel 11 – Organtransplantationen.....	281
<b>4</b>	<b>Dokumentationssystem für die Intensivmedizin.....</b>	<b>282</b>
4.1	Allgemeine Informationen .....	282
4.2	Hinweise zur Codierung der administrativen Daten .....	283
4.3	Hinweise zur Codierung des SAPS3.....	283
4.3.1	Allgemeine Hinweise zur Erfassung des SAPS3 .....	283
4.3.2	Definitionen der SAPS-Items und Codierhinweise .....	284
4.4	Hinweise zur Codierung des TISS-A.....	303
4.4.1	Allgemeine Hinweise zur Erfassung des TISS-A .....	303
4.4.2	Definitionen der TISS-Items und Codierhinweise .....	304
4.5	Algorithmen zur Scoreberechnung .....	322
4.5.1	SAPS3 Scoringtabelle.....	322
4.5.2	TISS-A Mapping .....	326
4.5.3	Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28).....	328
<b>5</b>	<b>Organisation und Datenqualität.....</b>	<b>330</b>
5.1	Organisation der Datenerfassung .....	330
5.2	Leitlinien zur Diagnosen- und Leistungserfassung .....	332
5.3	Prüfung der Datenqualität .....	332
5.3.1	Vollständigkeitsprüfungen .....	332
5.3.2	Richtigkeitsprüfungen .....	333
5.3.3	Plausibilitätsprüfungen .....	333
5.3.4	Prüfung der Datenqualität (Kurzfassung).....	338

# 1 Allgemeine Rahmenbedingungen

## 1.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für das Dokumentations- und Berichtssystem in den österreichischen Krankenanstalten ist das im Jahr 1996 beschlossene **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen** (BGBl. Nr. 745/1996) in der jeweils geltenden Fassung. Dieses Bundesgesetz ist die Grundlage für die nachfolgenden Verordnungen, die die Datenerhebung und Datenübermittlung in den einzelnen Dokumentationsbereichen regeln:

- **Verordnung** der/des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesministers **über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO)** in der jeweils geltenden Fassung
- **Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten** (neu erlassen mit BGBl. II Nr. 638/2003, idF: BGBl. II Nr. 18/2007)
- **Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung – KRBV** (neu erlassen mit BGBl. II Nr. 405/2009)

Die Verordnungen sehen vor, dass vom Gesundheitsministerium zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise bei der Erhebung und Übermittlung der Daten in den verschiedenen Dokumentationsbereichen spezielle Handbücher herausgegeben werden. Sowohl die Dokumentation der Daten als auch die Datenmeldungen haben nach den Vorschriften dieser Handbücher zu erfolgen.

- **Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung** mit seinen Anhängen (beinhaltet die Definitionen der Datensätze, Richtlinien zur Erstellung und Übermittlung der Datenmeldung sowie spezielle Vorschriften für den Bereich der Krankenanstalten-Statistik in Bezug auf die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten).
- **Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten**, im Folgenden kurz: **KORE-Handbuch** (beinhaltet spezielle Vorschriften und verschiedene Nachschlagewerke für den Bereich der Krankenanstalten-Kostenrechnung).
- **Handbuch zum Krankenanstalten-Berichtswesen landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten zur Krankenanstalten-Rechnungswesen-Berichtsverordnung – KRBV** (beinhaltet die Detailgestaltung der Bestimmungen der KRBV).

- Das vorliegende **Handbuch Medizinische Dokumentation** richtet sich primär an das mit der Diagnosen- und Leistungserfassung befasste Krankenhauspersonal und beinhaltet Definitionen und Erläuterungen zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation und zu den Klassifikationen im Intensivbereich.

## 1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Die im Rahmen des Dokumentations- und Berichtssystems in den österreichischen Krankenanstalten erhobenen Diagnosen- und Leistungsberichte (DLB) liefern die notwendige Datenbasis für die Abgeltung der stationären Krankenhausaufenthalte und ambulanten Krankenhausbesuche nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

Gleichzeitig bilden diese Daten eine bedeutende Informationsbasis für die Darstellung, Analyse und Planung des Gesundheitswesens im Spitalsbereich. So haben diese Daten im Rahmen der Krankenanstaltenplanung und bei Entscheidungen über bauliche Investitionsmaßnahmen und apparative Anschaffungen eine wesentliche Bedeutung.

Mit der bundeseinheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurde in Österreichs Krankenanstalten eine gemeinsame Dokumentationsbasis geschaffen, die eine **nationale und internationale Vergleichbarkeit des Diagnosen- und Leistungsspektrums** der Krankenanstalten ermöglicht.

Seit der Einführung eines Systems zur Qualitätsberichterstattung basierend auf Routinedaten (A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators) sind die Anforderungen Qualität und an die Granularität der erhobenen Daten gestiegen. Der Nutzen liegt in der Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität für die Patient:innen.

Des Weiteren hat sich Österreich mit dem Beitritt zur Weltgesundheitsorganisation (WHO) verpflichtet, seine Morbiditätsstatistik der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) anzupassen.

Ein wesentlicher Wert der Dokumentation ist auch die Nutzung der Daten für interne Zwecke. Durch die strukturierte Erfassung können laufend Informationen über das Diagnosen- und Leistungsspektrum einer Krankenanstalt oder Abteilung erstellt werden. Weiters können der Ist-Zustand beschrieben und **Grundlagen für Planung und Steuerung** entnommen werden. Der Nutzen der Daten ist jedoch von deren Qualität abhängig.

## 2 Diagnosendokumentation

Seit 1989 ist in allen österreichischen Krankenanstalten verbindlich eine Diagnosendokumentation auf Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), in der vom zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung, bei stationären Aufenthalten durchzuführen, im spitalsambulanten Bereich seit 2017, wenn bestimmte Leistungen erbracht werden. Ab dem Berichtsjahr 2026 ist eine Diagnosenberichterstattung nach der ICD-10 bei allen ambulanten Besuchen im intra- und extramuralen Bereich verpflichtend. Die ICD-10 BMASGPK 2026 steht als SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS und als ALPHABETISCHES VERZEICHNIS zur Verfügung. Das alphabetische Verzeichnis beinhaltet einen Diagnosenthesaurus und kann als Verschlüsselungshilfe verwendet werden. Darüber hinaus stehen in den Stammdaten des LKF-Modells Dateien mit allen codierbaren Codes und ihrer Zuordnung zum LKF-Modell (DIAGLIST) sowie für die elektronische Suche (ICD-10 TH) zur Verfügung.

### 2.1 Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026

Der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 ist die aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der ICD-10 und basiert auf der deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die seit Einführung der ICD-10-Codierung bekannten Anpassungen für die Codierung in Österreich wurden übernommen (siehe nächster Absatz). Die für die Qualitätsberichterstattung und die Plausibilitätsprüfung in österreichischen Krankenanstalten erforderlichen Ergänzungen sind im Anhang A zur ICD-10 BMASGPK 2026 dargestellt.

Die wesentlichen Unterschiede zur deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des BfArM sind im Folgenden dargestellt:

- Ersatz des Kapitels XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ durch das Kapitel XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“, in der ICD-9 als „E-Codes“ bezeichnet
- Differenzierte Anwendung des Kapitels XXI und Kennzeichnung einzelner Codes als !-Schlüsselnummern oder #-Schlüsselnummern
- Die Gruppe Z55–Z65 „Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozioökonomischer und psychosozialer Umstände“ wird für die Berichterstattung nicht verwendet.

Jede in ihrem Anwendungsbereich eingeschränkte Schlüsselnummer ist mit einem der beiden Kennzeichen Ausrufezeichen („!“) oder Nummernzeichen („#“) gekennzeichnet:

- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
- Die mit „!“ 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.

Der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 steht als PDF-Dokument (systematisches Verzeichnis) und als Excel-Tabelle (alphabetisches Verzeichnis) sowie in den Stammdaten des Programmpaketes XDok zur Verfügung. Die Dokumente und die Stammdaten des Programmpaketes XDok können unter <https://www.sozialministerium.gv.at>, Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF-Modell 2026 > Programme bzw. Kataloge auf der Website des Bundesministeriums eingesehen und abgerufen werden.

### **2.1.1 Aufbau und Struktur des Diagnoseschlüssels ICD-10 BMASGPK 2026**

Die ICD-10 ist ein hierarchisch gegliedertes Klassifikationssystem. Die Gliederung besteht in der obersten Ebene aus 22 Kapiteln, den Krankheitsklassen.

Die Rangfolge der 22 Kapitel (= Krankheitsklassen) ist traditionell zu erklären. Den Allgemeinkrankheiten (Infektionen, Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Endokrinopathien) folgen die Organkrankheiten, die angeborenen Erkrankungen, die Symptome und schlecht bezeichneten Affektionen, die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Exogenen Noxen und die den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren.

Die 22 Kapitel sind durch Krankheitsgruppen unterteilt. Jede dieser Gruppen fasst mehrere dreistellige Krankheitskategorien zusammen.

Diese dreistelligen Krankheitskategorien bilden als „Dreistellige allgemeine Systematik“ das Grundgerüst des Diagnoseschlüssels.

Die dreistelligen Kategorien (kurz „Dreisteller“) sind im Regelfall durch eine mit Punkt abgetrennte vierte Stelle weiter zu vierstelligen Schlüsselnummern (kurz „Viersteller“) unterteilt, die die „Vierstellige ausführliche Systematik“ bilden.

Bei der Diagnosencodierung sind diese vierstelligen Schlüsselnummern zu erfassen. Nur wenn bei einem Dreisteller keine weitere Unterteilung vorgenommen wurde, ist ein dreistelliger Code zu erfassen.

Einige wenige Diagnosen (D68.2, I50.0, I50.1, J44.0 bis J44.9, K91.8) sind in österreichischen Krankenanstalten fünfstellig zu erfassen.

In einigen Bereichen wie z.B. bei den Erkrankungen des Bewegungsapparats ist von der WHO eine weitere Unterteilung an der fünften Stelle vorgegeben. Die Erfassung dieser Fünfsteller ist optional.

Der Umgang mit der ICD-10 wird erleichtert, wenn man den zugrundeliegenden hierarchischen Aufbau kennt. In der folgenden Tabelle ist der hierarchische Aufbau des Diagnoseschlüssels schematisch dargestellt.

<b>Hierarchischer Aufbau der ICD-10:</b>
Beispiel: Fremdkörper im Musculus biceps
Kapitel (Krankheitsklasse): XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“
Gruppe (Unterkapitel): M70–M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“
Kategorie: M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert“
Vierstellige Schlüsselnummer (Subkategorie): M79.5 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe“
Fünfstellige Schlüsselnummer: M79.52 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe, Oberarm“

Die ICD-10 BMASGPK 2026 beinhaltet 22 Kapitel, 228 Gruppen, 1.680 dreistellige Kategorien, 9.004 vierstellige Subkategorien und umfasst insgesamt 13.105 codierbare Schlüsselnummern (drei- bis fünfstellig).

Das alphabetische Verzeichnis mit integriertem Diagnosenthesaurus beinhaltet etwa 78.000 Krankheitsbegriffe, die den ICD-10-Codes zugeordnet wurden.

### **2.1.1.1 Dreistellige allgemeine Systematik**

Die dreistelligen Krankheitskategorien stellen eine grobe Zusammenfassung von Krankheitsbezeichnungen dar, die erst auf der vierstelligen Ebene der Klassifikation ausreichend genau definiert werden.

Eine dreistellige Codierung bedeutet daher meistens einen Verlust wesentlicher klinischer Informationen.

Die Diagnosencodierung hat – soweit im Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 vorgesehen – jedenfalls vierstellig zu erfolgen.

### 2.1.1.2 Vierstellige ausführliche Systematik

Eine differenzierte Untergliederung der dreistelligen Kategorien sind die vierstelligen Subkategorien, die den klinisch relevanten Teil des Diagnoseschlüssels bilden. Jeder Dreisteller ist grundsätzlich in 10 Untergruppen mit der Notation 0 bis 9 unterteilbar.

Mit den vierstelligen Subkategorien werden ätiologische, sowie topographische und morphologische Varianten einer Krankheit unterschieden.

Nicht jede dreistellige Krankheitskategorie hat Subkategorien. Für 249 Dreisteller gibt es keine vierstellige Unterteilung. Hierzu gehören u.a.:

- A35 – Sonstiger Tetanus
- C61 – Bösartige Neubildung der Prostata
- S16 – Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe

Für die Reihenfolge der Viersteller gilt folgendes Ordnungsschema: Zuerst werden bedeutende und häufige Krankheiten angeführt, am Schluss die sonstigen Krankheiten, die selten oder ungenau bezeichnet sind.

Generell ist der spezifische vierstellige Code, wenn vorhanden, zu verwenden!

#### Die Bestandteile des Diagnoseschlüssels sind:

- Systematisches Verzeichnis
  - Dreistellige Allgemeine Systematik
  - Vierstellige Ausführliche Systematik
    - Kapitel I – XIX
    - Kapitel XXa – Exogene Noxen – Ätiologie (Ersetzt Kapitel XX)
    - Kapitel XXI, XXII
  - Anhang
- Alphabetisches Verzeichnis mit Diagnosenthesaurus

Für die Codierung sollte stets das systematische Verzeichnis herangezogen werden, da nur hier die zusätzlichen Hinweise und Ein- und Ausschlussbemerkungen angeführt sind.

### 2.1.1.3 Allgemeine Zuordnungsregeln

Grundsätzlich hat der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 eine ätiologische Ausrichtung. Die ersten beiden Kapitel werden nach ätiologischen oder pathologisch-morphologischen Gesichtspunkten klassifiziert, die folgenden Kapitel nach Organ-systemen. Für die Zuordnung einzelner Krankheiten gilt allgemein:

### **Zuordnungs-Regel 1**

- Allgemeinkrankheit vor Organkrankheit
- Ätiologie vor Lokalisation

Ausnahmen bestehen bei bestimmten örtlich begrenzten Infektionen, akuten Infektionen der Atmungsorgane, Pneumonien und Grippe, die in den organbezogenen Kapiteln zu finden sind.

### **Zuordnungs-Regel 2**

- **Kapitel XV** (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) und
- **Kapitel XVI** (Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben)

**haben Vorrangstellung.**

Krankheiten, die als Komplikationen während der Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auftreten, sind in der ICD-10 dem Kapitel XV zuzuordnen.

### **Beispiel: Hypertonie während der Schwangerschaft**

- Ist unter einem Code aus **O10–O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes** aus Kapitel XV zu codieren.
- Die Codes der Gruppe **I10–I15 Hypertonie [Hochdruckkrankheit]** aus Kapitel IX sind nicht zu verwenden.

### **2.1.1.4 Regeln zur Kreuz-Stern-Anwendung**

Die in der ICD-10 mit einem Stern gekennzeichneten Codes beschreiben die spezifische Manifestation einer Erkrankung und erfordern immer die Erfassung eines weiteren Codes, mit dem die Ätiologie angegeben wird.

Dagegen sind die mit einem Kreuz gekennzeichneten Codes ohne die Erfassung eines weiteren Codes codierbar.

### **Beispiel 1: Tuberkulöse Arthritis des Kniegelenks**

- Ist jedenfalls unter ICD-10 „A18.0† – Tuberkulose der Knochen und Gelenke“ zu codieren (Kapitel I).
- Der Manifestationscode „M01.1\* – Tuberkulöse Arthritis (A18.0†)“ im Kapitel XI ist nur dann zu verwenden, wenn A18.0 auch angegeben ist.

## Beispiel 2: Diabetische Polyneuropathie

- Der Diabetes Typ I oder Typ II ist jedenfalls unter ICD-10 „E10.4† Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen“ oder „E11.4† Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen“ zu codieren (Kapitel IV).
- Der Manifestationscode ICD-10 „G63.3\* Diabetische Polyneuropathie (E10-E14, vierte Stelle .4+)“ im Kapitel VI ist nur dann zu verwenden, wenn E10.4† oder E11.4† auch angegeben ist.

Im systematischen Verzeichnis sind bei den Stern-Diagnosen die vorgesehenen Kreuz-Diagnosen angegeben. Umgekehrt ist aus Übersichtlichkeitsgründen nicht jede Kreuzdiagnose laut Hinweistext bei der Sterndiagnose mit einem Kreuz gekennzeichnet.

Die korrespondierenden Stern- und Kreuz-Diagnosen sind in den Stammdaten des LKF-Modells in der Datei „Sternkr.dat“ beschrieben.

Daneben kann grundsätzlich jede Diagnose als Kreuzdiagnose verwendet werden, die nicht mit einem Stern gekennzeichnet ist. Wenn in seltenen Fällen die Verwendung einer nicht in der Datei „Sternkr.dat“ erfassten Kombination erforderlich ist, kann das Warning akzeptiert werden.

Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung mit Stern oder Kreuz ist nicht anzugeben.

### 2.1.1.5 Anwendung des Kapitels XXa „Exogene Noxen-Ätiologie“ (901–999)

Mit dem 9-Code werden die äußeren Ursachen von Unfällen (Verletzungen oder Vergiftungen) codiert.

Im Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2026 ist die Klassifikation externer Ursachen auf wenige Positionen (11 Schlüsselnummern) beschränkt.

Der 9-Code ist verpflichtend bei den Diagnosen S00.0 bis T79.9 des Kapitels XIX anzugeben. Die Angabe des 9-Codes als Hauptdiagnose ist unzulässig.

Die Art der Schädigung (Verletzung, Vergiftung, usw.) wird mit den ICD-Codes S00.0 bis T79.9 verschlüsselt.

#### Beispiel: Schiunfall mit Fraktur des Tibiaschaftes

- Hauptdiagnose: S82.2 – Fraktur des Tibiaschaftes
- Zusatzdiagnose: 921.9! – Sportunfall, nicht näher bezeichnet

### **2.1.1.6 Anwendung des Kapitels XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Z00–Z99)**

Das Kapitel XXI beinhaltet Codes, die erfasst werden können, wenn kein medizinischer Grund (Erkrankung, Verletzung, Symptom, Befund) für den ambulanten Besuch/stationären Aufenthalt angegeben werden kann (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Nachuntersuchungen).

Die meisten Codes des Kapitels XXI sind in erster Linie als Zusatzinformation für die interne Dokumentation geeignet (und daher mit „#“ gekennzeichnet).

Die Verwendung von Codes aus dem Kapitel XXI als Hauptdiagnose sollte nur dann erfolgen, wenn kein medizinischer Grund (Code aus Kapitel I bis XIX, XXII) angegeben werden kann.

#### **Beispiele für die Anwendung des Kapitels XXI**

Spezifische Maßnahmen (auch ohne Gesundheitsstörung):

- Z30.2 Sterilisierung
- Z43.3 Versorgung eines Kolostomas
- Z52.3 Knochenmarkspender

Untersuchung und Beobachtung:

- Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung (inkl. Vorsorgeuntersuchung o.n.A.)
- Z03.0 Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose
- Z34.0! Überwachung einer normalen Erstschwangerschaft

### **2.1.1.7 Anwendung des Kapitels XXII**

Das Kapitel XXII gliedert sich in folgende Gruppen:

- Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie sowie belegte und nicht belegte Schlüsselnummern (U00–U49)
- Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika (U82–U85)

Die Diagnosen der Gruppe U00–U49 beinhalten z.B. U04.9 „Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet“ sowie die Codes zur Verschlüsselung von

COVID-19, z.B. „U07.1 COVID-19, Virus nachgewiesen“ oder „U09.9 Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“.

Die Diagnosen der Gruppe U82–U85 dienen in erster Linie der zusätzlichen Verschlüsselung von Aufenthalten mit antibiotikaresistenten Keimen. Bei einer Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim ist immer die entsprechende Infektionskrankheit zu codieren, meist durch einen Code aus der Gruppe A30–A49 in Kapitel I wie z.B. „A41.0 Sepsis durch *Staphylococcus aureus*“.

Die Resistenz des Erregers ist zusätzlich durch den entsprechenden Code aus der Gruppe U82–U85 „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika“ in Kapitel XXII zu codieren.

Die Diagnosen dieser Gruppe sind mit („!“) gekennzeichnet und nicht als stationäre Hauptdiagnose codierbar.

#### **2.1.1.8 Ein- und Ausschlussbemerkungen, Codieranleitungen**

Im systematischen Verzeichnis der ICD-10 sind so genannte Einschluss- und Ausschlussbemerkungen enthalten sowie Noten oder Hinweise.

- Einschlussbemerkungen (inkl.) erweitern den Inhalt der jeweiligen ICD-Diagnose um die genannten Begriffe. Es sind andere gebräuchliche Krankheitsbezeichnungen oder verwandte Krankheitszustände, die zum Klasseninhalt der jeweiligen ICD-Diagnose gehören.
- Ausschlussbemerkungen (exkl.) schließen die genannten Diagnosenbegriffe bei der jeweiligen ICD-Diagnose aus und verweisen auf andere Bereiche der Klassifikation. Die ausgeschlossenen Diagnosenbegriffe sind wichtig für die Zuordnung und Abgrenzung von Diagnosen. Sie sind meist mit einem Verweis auf den ICD-Code angegeben.
- Noten/Hinweise sind zum besseren Verständnis und als Codieranleitung zusätzlich Noten oder Hinweise unter dem Diagnostext eingefügt.

Im Regelfall ist eine Codierung anhand der Bezeichnung der vierstelligen ICD-10-Codes möglich. Bei Codierunsicherheiten geben die angeführten Zusatzinformationen entscheidende Hinweise.

#### **Beispiel: Stationärer Aufenthalt wegen akuter Alkoholintoxikation**

- F10.0 – Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] oder
- T51.0 – Toxische Wirkung von Alkohol: Äthanol  
**Exkl.:** Akuter Alkoholrausch oder Alkoholnachwirkungen, „Kater“ (F10.0)

Pathologischer Rausch (F10.0)

Trunkenheit (F10.0)

Die korrekte Codierung ist somit F10.0.

## 2.2 Diagnosencodierung bei ambulanten Besuchen

### 2.2.1 Allgemeine Regeln

Die im Folgenden dargestellten Regeln wurden mit der Diagnosencodierung im stationären Bereich abgestimmt und gelten für alle spitalsambulanten Besuche:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose nach ICD-10<sup>1</sup> zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- Diese Diagnose beschreibt den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu kennzeichnen.
- Die Diagnosencodierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein Symptom oder Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können Codes aus Kapitel XXI gemäß ihrer Kennzeichnung verwendet werden:
- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
- Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können spitalsambulant als Hauptdiagnose verwendet werden, sofern keine Bepunktung nach dem LKF-Modell für den stationären Bereich erfolgt.
- Bei ambulanten Besuchen mit Leistungen, die nach dem stationären LKF-Modell bepunktet werden, ist wie bei stationären Aufenthalten zu codieren (bei Bedarf fünfstelliger Codierung, keine Verwendung der mit „!“ gekennzeichneten Codes als Hauptdiagnose). Dies ist bei onkologischen, strahlentherapeutischen, nuklearmedizinischen Therapien, Dialysen/Plasmapheresen, tagesklinischen Leistungen sowie wenigen weiteren operativen Leistungen der Fall.

---

<sup>1</sup> in der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMASGPK) herausgegebenen Version

- Alle mit einer Ziffer beginnenden Codes sind generell nur als Zusatzdiagnosen zu übermitteln:
  - die Codes aus dem Kapitel XXa Exogene Noxen – Ätiologie (901–999)
  - die numerischen Codes aus dem Anhang A zur ICD-10
  - die ORPHACodes in Expertisezentren für seltene Erkrankungen

Für die vollständige Codierbarkeit ambulanter Besuche wurde die Kennzeichnung der Diagnosen mit „#“ und „!“ überarbeitet. Damit stehen jetzt zahlreiche Codes zur Verfügung, die erfasst werden können, wenn kein medizinischer Grund (Erkrankung, Verletzung, Symptom, Befund) für den ambulanten Besuch angegeben werden kann (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Bestimmung von Alkohol/Drogen).

Die Codes des Kapitels XXI sollen nur dann zur Anwendung kommen, wenn kein medizinischer Grund angegeben werden kann.

Fragen zur Codierung bei speziellen Konstellationen, die in diesem Handbuch nicht dargestellt sind, können an die E-Mail-Adresse [LKF-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at](mailto:LKF-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at) übermittelt werden; sie werden gesammelt und mit ihrer Beantwortung als Rundschreiben publiziert.

**Anmerkung:** Bei wiederkehrenden Besuchen mit der gleichen Diagnose (z.B. Dialysen bei chronischer Niereninsuffizienz) ist intern eine fallbezogene Erfassung zweckmäßig, sofern gewährleistet ist, dass zu jedem Besuch die korrekte Diagnose übermittelt wird.

Für die Auswahl und Übermittlung der Haupt- und Zusatzdiagnosen gelten bei ambulanten Besuchen gegenüber stationären Aufenthalten vereinfachte Regelungen.

## 2.2.2 Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kennzeichnen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt.

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen als Hauptgrund für den ambulanten Besuch herausgestellt hat.

Wenn mehrere Diagnosen vorliegen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch beschreiben, ist eine davon als Hauptdiagnose zu kennzeichnen und alle weiteren sind als Zusatzdiagnosen zu übermitteln.

Wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen ist, dann ist das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen.

Wenn kein medizinischer Grund angegeben werden kann, sind die Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

### **2.2.3 Zusatzdiagnosen**

Wenn die Hauptdiagnose den Grund für den ambulanten Besuch nicht ausreichend beschreibt bzw. wenn mehrere Gründe für den ambulanten Besuch vorliegen, sind alle weiteren Diagnosen als Zusatzdiagnosen zu übermitteln.

Des Weiteren sind die externen Ursachen bei Verletzungen aus Kapitel XXa (901–999) als Zusatzdiagnose zu dokumentieren.

### **2.2.4 Ambulanter Besuch – Regelfall**

Ein spitalsambulanter Besuch (Satzart X01) umfasst einen ambulanten Kontakt in einer medizinischen Fachrichtung inklusive aller diagnostischen Maßnahmen (z.B. Labor, Röntgen), auch wenn diese in anderen Funktionseinheiten erbracht und mehrere Datensätze X02 übermittelt werden.

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose zu übermitteln, die den Hauptgrund für den Besuch beschreibt und die als Hauptdiagnose zu kennzeichnen ist. Pro Satzart X01 ist also einmal die Satzart X03 mit Diagnose – Typ „H“ zu übermitteln.

Die Hauptdiagnose als Grund für den ambulanten Besuch wird durch die medizinische Fachrichtung festgelegt. Auf den diagnostischen Funktionseinheiten (z.B. Labor, Röntgen) ist daher im Regelfall keine Diagnosencodierung erforderlich.

### **2.2.5 Ambulanter Besuch in mehreren medizinischen Fachrichtungen – mehrere Diagnosen**

Werden mehrere medizinische Fachrichtungen besucht (mehrere Datensätze X02), kann jede medizinische Fachrichtung eine Diagnose übermitteln, die den Grund für den Besuch beschreibt. Pro ambulantem Besuch (Satzart X01) ist aber nur eine davon (z.B. die der ersten besuchten Ambulanz) als Hauptdiagnose zu kennzeichnen.

Wenn unabhängig voneinander und aus unterschiedlichen medizinischen Gründen mehrere medizinische Fachrichtungen besucht werden und zu jeder eine Hauptdiagnose übermittelt werden soll, ist möglichst auch am gleichen Kalendertag für jeden dieser Kontakte (Satzart X02) ein eigener ambulanter Besuch (Satzart X01) zu übermitteln („Auflösung der Tagesklammer“).

Dabei ist zu beachten, dass zu jedem der übermittelten Datensätze X01 eine jeweils eigene eindeutige Aufnahmezahl vergeben wird, die auch der Sozialversicherung (im Wege der Ereignisanzeige) zur Pseudonymisierung übermittelt wird.

### **2.2.6 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie)**

Bei Übermittlung eines Datensatzes für einen ambulanten Besuch (Satzart X01) ist immer auch ein Datensatz X03 mit Diagnose – Typ „H“ zu übermitteln.

Im Regelfall codiert die zuweisende Stelle den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch. Erfolgt der ambulante Kontakt (Satzart X02) ausschließlich mit der diagnostischen Funktionseinheit, ggf. auch ohne physischen Kontakt (z.B. bei Laboreinsendungen), ist die Hauptdiagnose durch die diagnostische Funktionseinheit zu erfassen.

Dabei sollten, wenn möglich, die von der zuweisenden Stelle übermittelten Informationen verwendet werden. Liegen der diagnostischen Funktionseinheit keine Informationen zu den Gründen des ambulanten Besuchs vor, kann ein Code aus dem Kapitel XXI wie z.B. „Z01.7 Laboruntersuchung“ übermittelt werden.

**Anmerkung:** Bei hausinternen Zuweisungen ist im Regelfall kein eigener ambulanter Besuch (Satzart X01) durch die diagnostische Funktionseinheit zu übermitteln. Dies gilt auch dann, wenn die Untersuchungen nach Mitternacht erfolgen.

## Erläuterung: Medizinische Fachrichtung

Die medizinische Fachrichtung wird über den Fachhauptbereich (die 3. und 4. Stelle des Funktionscodes) unterschieden, z.B. „1x41xx Augenheilkunde und Optometrie“ oder „1x42xx Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

### 2.2.7 Codierung von Z-Codes

Code	Bezeichnung
<b>Z00.0!</b>	Ärztliche Allgemeinuntersuchung
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei präoperativen anästhesiologischen Untersuchungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Wird die Präanästhesieambulanz am selben Tag wie der zuweisende chirurgische Fachbereich aufgesucht und von diesem bereits eine Diagnose übermittelt, braucht seitens der Präanästhesieambulanz keine weitere Diagnose erfasst zu werden. Wird die Präanästhesieambulanz an einem anderen Tag als der zuweisende chirurgische Fachbereich aufgesucht, ist von der Präanästhesieambulanz eine Diagnose zu übermitteln. Dafür ist der ICD-10 Code „Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ als Hauptgrund für den ambulanten Besuch zu erfassen. Es ist nicht erforderlich, dass der vom chirurgischen Fachbereich angegebene Grund für den operativen Eingriff auch von der Präanästhesieambulanz übermittelt wird.

Code	Bezeichnung
<b>Z01.6!</b>	Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Z01.8!</b>	Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei einem ambulanten Besuch zur MR-Untersuchung des Kniegelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	Wenn bei einem ambulanten Besuch zur MR-Untersuchung keine Informationen über die Indikation für die bildgebende Diagnostik vorliegen, ist bei einer MR-Untersuchung der Code Z01.8 zu verwenden. Bei radiologischen Untersuchungen mit Röntgenstrahlen (Röntgen, CT) ist Z01.6 zu verwenden.

Code	Bezeichnung
<b>Z09.0</b>	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei einer Nachsorgekontrolle nach einer Hernien-Operation (6-Monatskontrolle) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Nachsorgekontrolle nach einer Hernien-Operation ist unter der Diagnose Z09.0 zu codieren.

## 2.2.8 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen

Ambulante Besuche mit Leistungen, für die seit 2017 eine bundeseinheitliche Verpflichtung zur Diagnosencodierung besteht, sind von den im Folgenden beschriebenen Übergangsregelungen in der Plausibilitätsprüfung im Zusammenhang mit dem Fehlen von Diagnosen ausgenommen und erfordern zwingend einen ICD-10-Code. Diese Leistungen sind in den Stammdaten des LKF-Modells (MELLIST) in der Spalte „DiagnoseAmbulant“ mit „J“ gekennzeichnet und im LKF-Modell spitalsambulant unter 5.4.2 beschrieben.

Im Berichtsjahr 2026 ist die Übermittlung mehrerer Hauptdiagnosen zu einer Satzart X01 errorfrei, aber mit dem Warning „WX57 – Hauptdiagnose mehrfach gemeldet“ möglich.

Beim Fehlen einer Hauptdiagnose wird im Jahr 2026 an Stelle eines Errors ein Warning ausgegeben. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wird das Warning folgendermaßen differenziert:

- „Ambulanter Besuch ohne Diagnosen (weder Haupt- noch Zusatzdiagnose)“
- „Ambulanter Besuch mit Zusatzdiagnose(n) aber ohne Hauptdiagnose“

Der Error EX1M wird 2026 auch ausgegeben, wenn die nicht als Hauptdiagnosen zulässigen numerischen Codes aus dem Kapitel XXa Exogene Noxen-Ätiologie (901–999) oder aus dem Anhang A wie z.B. „301.37 Vollendete SSW bei Entbindung: 37“ als Hauptdiagnose übermittelt werden.

Ab dem Berichtsjahr 2027 soll sowohl das Fehlen einer Hauptdiagnose als auch die Übermittlung mehrerer Hauptdiagnosen pro Satzart X01 einen entsprechenden Error erzeugen.

## 2.3 Diagnosencodierung bei stationären Aufenthalten

Für jeden stationären Aufenthalt sind alle relevanten Entlassungsdiagnosen anzugeben. Entlassungsdiagnosen sind als endgültig abgeklärte Diagnosen zu verstehen. Sie werden nach Vorliegen aller relevanten Befunde, die während des Aufenthaltes erhoben wurden, festgelegt. Jene Diagnose, die letztlich den Hauptgrund für den stationären Aufenthalt beschreibt, ist als Hauptdiagnose festzulegen.

Als grundlegende Informationsbasis für die Codierung und die Auswahl von Haupt- und Zusatzdiagnosen dienen die Krankengeschichte und der Arztbrief.

### 2.3.1 Hauptdiagnose

Pro stationären Krankenhausaufenthalt ist exakt eine Hauptdiagnose anzugeben.

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen letztlich als Hauptgrund für den stationären Krankenhausaufenthalt herausgestellt hat. Sie ist nicht die neu erworbene Erkrankung innerhalb des Aufenthalts oder die neu aufgetretene Komplikation.

Die Hauptdiagnose ist eine endgültig abgeklärte Diagnose. Wenn eine endgültige Abklärung nicht möglich ist, dann ist das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung als Hauptdiagnose auszuwählen.

- Die Hauptdiagnose muss nicht die Einweisungs- bzw. Aufnahmediagnose sein.
- Die Hauptdiagnose ist nicht immer jene Diagnose, mit der der:die Patient:in zur Weiterbehandlung entlassen wurde oder an welcher der:die Patient:in nach der Entlassung leidet.
- Bei Sterbefällen ist darauf zu achten, dass die Hauptdiagnose nicht in jedem Fall mit der Todesursache ident sein muss.
- Die Hauptdiagnose des gesamten stationären Aufenthalts wird auch nicht immer die für die entlassende Fachabteilung typische Diagnose sein.
- Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die die Hauptdiagnose bestimmt haben, sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren. Die Dokumentation hat derart zu erfolgen, dass auch zu einem späteren Zeitpunkt die Findung der Hauptdiagnose nachvollziehbar ist.

Die im Diagnosen- und Leistungsbericht (DLB) codierte Hauptdiagnose muss mit der im Arztbrief und in der Krankengeschichte genannten Hauptdiagnose übereinstimmen.

#### **Beispiele zur Codierung der Hauptdiagnose bei neu erworbenen Erkrankungen oder Komplikationen:**

- Stationäre Aufnahme zur Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis: Nach primär problemlosem postoperativem Verlauf erleidet der:die Patient:in einen Myocardinfarkt. Hauptdiagnose bleibt die Cholezystolithiasis, der Myocardinfarkt ist als Zusatzdiagnose anzuführen.
- Stationäre Aufnahme zur Darmresektion bei Divertikulitis: Der:die Patient:in entwickelt im postoperativen Verlauf eine Sepsis. Hauptdiagnose bleibt die Divertikulitis, die Sepsis ist als Zusatzdiagnose anzuführen.

### 2.3.2 Zusatzdiagnosen

Alle für den aktuellen Aufenthalt relevanten Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) und Komplikationen sind als Zusatzdiagnosen zu dokumentieren. Pro stationären Krankenhausaufenthalt können beliebig viele Zusatzdiagnosen angegeben werden.

Die Zusatzdiagnose ist derjenige Zustand (Diagnose oder Symptom), der während des Behandlungszeitraumes gleichzeitig bestand (Begleitkrankheit) oder der sich während des Behandlungszeitraumes entwickelte und die Behandlung der Patientin/des Patienten beeinflusste.

Diagnosen, die eine Erschwernis bei der Behandlung darstellen oder den Krankheitsverlauf (z.B. durch Verlängerung des Aufenthaltes) beeinflussen, sind als Zusatzdiagnosen zu dokumentieren. Diagnosen, die einen Krankheitszustand näher beschreiben (z.B. Stern-Kreuz-Klassifikation) sind ebenfalls als Zusatzdiagnose zu erfassen.

Frühere Krankheitszustände sind nur dann als Zusatzdiagnosen zu codieren, wenn sie für den aktuellen Behandlungszeitraum bedeutend waren.

Des Weiteren sind die Klassifikation externer Ursachen bei Verletzungen und die Revisionsgründe bei Explantationen von Endoprothesen des Knie-/Hüftgelenks als Zusatzdiagnose zu dokumentieren.

Die im Diagnosen- und Leistungsbericht (DLB) codierten Zusatzdiagnosen müssen in den im Arztbrief und in der Krankengeschichte genannten Diagnosen enthalten sein.

#### **Bedeutung der Zusatzdiagnosen:**

- Mit der Erfassung von Zusatzdiagnosen kann eine einzelne Erkrankung und der Gesamtzustand des Patienten/der Patientin näher beschrieben werden.
- Zusatzdiagnosen enthalten Informationen zum Schweregrad, der Intensivbedürftigkeit und für die Qualitätsberichterstattung.
- Mit der Erfassung relevanter Zusatzdiagnosen lassen sich die Aussagen zur Verweildauer und zum medizinischen Leistungsaufwand präzisieren.
- Auch für die Beurteilung von Krankheitsverläufen sind Angaben über vorliegende Zusatzdiagnosen von Bedeutung.
- Zusatzdiagnosen sind ein Kriterium zur Beurteilung des Aufwandes bei einem Krankenhausaufenthalt und für die Bildung von leistungshomogenen Diagnosenfallgruppen.

Die Dokumentation relevanter Zusatzdiagnosen ist daher von größter Bedeutung.

### 2.3.3 Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose

Alle Entlassungsdiagnosen sind so exakt wie möglich zu codieren. Zur Abbildung des Schweregrads wurde bei Herzinsuffizienz (I50.1) und COPD (J44.0 bis J44.9) eine fünfstellige Codierung verpflichtend eingeführt.

Von der Plausibilitätsprüfung wird bei diesen Diagnosen der Warnhinweis „Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose“ ausgegeben, wenn die Ausprägung „nicht näher bezeichnet“ bei der Codierung als Hauptdiagnose verwendet wird.

Der Warnhinweis wird auch bei ausgewählten drei- und vierstelligen Diagnosen, bei denen eine exaktere Erfassung erforderlich ist, ausgegeben.

Für das aktuelle Berichtsjahr erfolgt die Ausgabe des Warnhinweises bei den im Folgenden angeführten Codes:

Code	Bezeichnung
I21.9	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I50.19	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
R96.0	Plötzlich eingetretener Tod
R96.1	Todeseintritt innerhalb von weniger als 24 Stunden nach Beginn der Symptome, ohne anderweitige Angabe
R98	Tod ohne Anwesenheit anderer Personen
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen

### 2.3.4 Leitfaden zur Diagnosencodierung

Für jede:n stationäre:n Patient:in sind pro Krankenhausaufenthalt verpflichtend anzugeben:

- exakt **eine Hauptdiagnose (HD)**

- **alle relevanten Zusatzdiagnosen (ZD)**

Es ist grundsätzlich **vierstellig** zu codieren.

Bitte beachten Sie noch Folgendes bei der Diagnosencodierung:

### **Auswahlregeln für Haupt- und Zusatzdiagnosen**

- HD = Diagnose als Hauptgrund für den Aufenthalt
- ZD = Komorbidität und Komplikationen, relevante Zusatzdiagnosen

### **Zuordnungsregeln**

- Ätiologiecode vor Lokalisationscode
- Vorrangstellung der ICD-10 Kapitel XV und XVI
- Ein- und Ausschlussbemerkungen, Noten und Hinweistexte in der ICD-10
- Codieranleitungen

Kapitel XXa (9-Code) ist verbindlich bei Verletzungen und Vergiftungen zu erfassen.

Kapitel XXI (Z-Code) für verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung, die nicht als eigentliche Diagnosen klassifiziert sind (z. B. Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt).

Für die richtige und vollständige Codierung der Diagnosen ist der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin zuständig!

## **2.4 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen**

### **2.4.1 Codierung von Verdachtsdiagnosen**

Verdachtsdiagnosen wie zum Beispiel „Verdacht auf Appendizitis“ sind in der Diagnosen- und Leistungsdokumentation für die LKF nicht zu dokumentieren.

Da jede codierte Diagnose als bestätigte Diagnose interpretiert wird, ist bei einem unbestätigten „Verdacht auf Appendizitis“ keinesfalls der ICD-10 Code für die Appendizitis zu erfassen.

Da bei stationären Aufenthalten abgeklärte Entlassungsdiagnosen zu codieren sind, besteht im Regelfall auch kein Bedarf zur Codierung einer Verdachtsdiagnose.

Wenn bis zum Abschluss der Dokumentation keine ausreichende Abklärung zur Festlegung einer Diagnose möglich war, beispielweise bei ambulanten Besuchen, so ist das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund (R00–R99) zu codieren, das/der den Verdacht begründet, z.B. „R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches“.

Wenn ein anfänglicher Verdacht ausgeschlossen und keine andere Diagnose gestellt werden konnte, ist eine Schlüsselnummer aus der Kategorie „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu codieren.

#### **2.4.2 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“.

Nach erfolgter Abklärung ist im Regelfall das Ergebnis des diagnostischen Prozesses zu codieren, z.B. „C34.1 Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)“ oder „J85.2 Abszess der Lunge ohne Pneumonie“.

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“.

#### **2.4.3 Codierung von Tumorerkrankungen**

Bei Aufenthalten zur Behandlung der Tumorerkrankung ist die jeweilige Tumorerkrankung als Hauptdiagnose zu codieren. Auch bei Aufenthalten wegen Symptomen wie z.B. Tumorkachexie, Blutungen, durch Metastasen verursachte Komplikationen, die auf die Tumorerkrankung zurückgeführt werden können, ist die Tumorerkrankung (Primärtumor/Metastase) als Hauptdiagnose zu codieren.

Bei metastasierenden Tumoren ist der Primärtumor und zusätzlich auch zumindest ein Code aus C77 bis C79 (Sekundäre bösartige Neubildung) zu codieren. Bei generalisierter Metastasierung ist C79.9 zusätzlich zum Code für den Primärtumor zu erfassen.

Steht die Behandlung des Primärtumors oder von generalisierten Metastasen im Vordergrund, ist der Primärtumor als Hauptdiagnose und der Code für die Metastase(n) als Zusatzdiagnose zu codieren.

Steht jedoch die Behandlung lokalisierter Metastasen im Vordergrund, so ist der Code für die Metastase als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Zusatzdiagnose zu erfassen.

Erfolgt bei onkologischer Grunderkrankung der aktuelle Aufenthalt zur Behandlung anderer Erkrankungen (z.B. einer Pneumonie, einer COPD), so ist diese Erkrankung als Hauptdiagnose zu codieren und der Tumor ist als Zusatzdiagnose zu erfassen. Außerdem sind die jeweils erbrachten Leistungen zu erfassen, auch Chemotherapien oder die Fortsetzung einer Chemotherapie.

#### 2.4.4 Erfassung des Tumorstadiums beim kolorektalen Karzinom

Seit dem Berichtsjahr 2015 ist bei kolorektalen Karzinomen (ICD-10 C18 bis C20) das Tumorstadium nach UICC (I bis IV) zu erfassen.

Die zu verwendenden Codes sind in **Anhang A der ICD-10 BMASGPK 2026** dargestellt, die Hinweise zur Codierung bei den Hinweisen zu Kapitel II in diesem Handbuch.

#### 2.4.5 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 vierstelligen 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 Mittelgradige 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

### **2.4.6 Dokumentation der Rankin-Skala bei Schlaganfällen ohne Behandlung auf Stroke Units**

Bei Schlaganfällen (Haupt- oder Zusatzdiagnose I61.x und I63.x), die nicht auf einer Stroke Unit behandelt werden, ist seit 2019 die modifizierte Rankin-Skala zu erfassen.

Dazu wurden die auf der folgenden Seite dargestellten Codes ergänzt, die wie Zusatzdiagnosen übermittelt werden. Vorgesehen sind 3 Erhebungszeitpunkte (anamnestisch vor Insult, bei Aufnahme und bei Entlassung). Ohne entsprechende Dokumentation dieser Zusatzcodes wird bei der Plausibilitätsprüfung eine Fehlermeldung erzeugt und der Aufenthalt nicht bepunktet.

Die Rankin Skala ist nur bei Krankenhausaufenthalten zur Akutbehandlung des Schlaganfalls zu erheben. Bei Folgeaufenthalten (z.B. Transferierung zur Weiterbehandlung nach Aufenthalt zur Akutbehandlung) ist der Code „204.0 Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala“ zu verwenden.

#### **Wie erfolgt die Dokumentation der Rankin-Skala bei Folgeaufenthalten im Bereich der Rehabilitation?**

Bei Folgeaufenthalten im Bereich der Rehabilitation ist zusätzlich zur Schlaganfall-diagnose (I63.0-I63.9) einmalig der Code „204.0 Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala“ als Zusatzdiagnose einzugeben.

#### **Wie ist die modifizierte Rankin-Skala zu codieren, wenn ein Insult während eines stationären Aufenthalts neu auftritt?**

Die Definition der drei Erhebungszeitpunkte geht von einer stationären Aufnahme nach dem Insult aus. Bei einem Insult während des Aufenthalts ist der zweite Erhebungszeitpunkt „bei Aufnahme“ als „nach dem Insult“ zu interpretieren und entsprechend auszufüllen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>201</b>	<b>Modifizierte Rankin-Skala (MRS) vor Insult (anamnestisch)</b>
201.0	MRS vor Insult – keine Symptome
201.1	MRS vor Insult – keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.
201.2	MRS vor Insult – leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.
201.3	MRS vor Insult – mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.
201.4	MRS vor Insult – höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.
201.5	MRS vor Insult – schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.
201.9	MRS vor Insult – nicht erhebbar
<b>202</b>	<b>Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Aufnahme</b>
202.0	MRS bei Aufnahme – keine Symptome
202.1	MRS bei Aufnahme – keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.
202.2	MRS bei Aufnahme – leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.
202.3	MRS bei Aufnahme – mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.
202.4	MRS bei Aufnahme – höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.
202.5	MRS bei Aufnahme – schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.
<b>203</b>	<b>Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Entlassung</b>
203.0	MRS bei Entlassung – keine Symptome
203.1	MRS bei Entlassung – keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten.
203.2	MRS bei Entlassung – leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt.
203.3	MRS bei Entlassung – mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen.
203.4	MRS bei Entlassung – höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.
203.5	MRS bei Entlassung – schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.
203.6	MRS bei Entlassung – Tod infolge des Apoplex
<b>204.0</b>	<b>Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala</b>

## 2.4.7 Codierung der Herzinsuffizienz

### 2.4.7.1 Codierung der Linksherzinsuffizienz (I50.1x)

Zur Abbildung des Schweregrads bei der Linksherzinsuffizienz (I50.1) ist eine 5-stellige Codierung in allen österreichischen Krankenanstalten verpflichtend. Dabei ist einer der folgenden aus der ICD-10-GM des BfArM übernommenen Codes 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 leichterer Belastung (NYHA-Stadium III)
I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)
I50.19	Linksherzinsuffizienz nicht näher bezeichnet

Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase während des stationären Aufenthaltes zu bestimmen.

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

Zur besseren Codierbarkeit der Rechtsherzinsuffizienz und der globalen Herzinsuffizienz wurde seit 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 leichterer Belastung
I50.05!	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe

Bei einer primären Rechtsherzinsuffizienz ist I50.00 zu codieren. Die Erfassung des Schweregrads ist durch die zusätzliche Codierung eines Codes aus I50.02 bis I50.05 möglich.

Bei einer Globalinsuffizienz ist sowohl I50.01 für die Rechtsherzinsuffizienz als auch einer der fünfstelligen Codes für die Linksherzinsuffizienz inkl. Schweregrad (z.B. I50.13) zu codieren. 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.

### **2.4.7.3 Codierung von Herzinsuffizienz 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 dreistelligen Überschriften der ICD-10 angeführt:

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

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

### **2.4.8 Codierung des Schweregrads bei COPD**

Zur Abbildung des Schweregrads bei der COPD ist bei den ICD-10-Codes J44.0 bis J44.9 an der 5. Stelle der Grad der Obstruktion entsprechend der ICD-10-GM des BfArM anzugeben:

- 0 FEV1 < 35 % des Sollwertes
- 1 FEV1  $\geq$  35 % und < 50 % des Sollwertes
- 2 FEV1  $\geq$  50 % und < 70 % des Sollwertes
- 3 FEV1  $\geq$  70 % des Sollwertes
- 9 FEV1 nicht näher bezeichnet

Diese Codierung wird identisch in D und CH verwendet und gewährleistet eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase während des stationären Aufenthaltes zu bestimmen.

## 2.4.9 Erfassung der Information „im stationären Aufenthalt erworben“ bei Pneumonien

Bei Codierung eines Pneumoniecodes aus A48, J10 bis J18 ist die Information „im stationären Aufenthalt erworben“ verpflichtend mit ja oder nein anzugeben. Eine Pneumonie gilt als im stationären Aufenthalt erworben, wenn sich die Pneumonie mehr als 48 Stunden nach der Aufnahme manifestiert. Diese Information ist im gleichnamigen Feld in der Satzart X03 zu übermitteln.

## 2.4.10 Codierung von Entbindung und Geburt

Zu jeder Entbindung (Leistungen JN020 bis JN050) während eines stationären Aufenthaltes ist der jeweils entsprechende Code aus der Gruppe O80–84 anzugeben, z.B.:

- O80.0 – Spontangeburt eines Einlings aus Schädellage
- O81.4 – Entbindung eines Einlings mittels Vakuumentraktor
- O82.0 – Geburt eines Einlings durch elektive Schnittentbindung
- O84.0 – Mehrlingsgeburt, Spontangeburt aller Kinder

Komplikationen während der Entbindung sind zusätzlich zur Entbindung unter einem der Codes O60–O75 anzugeben.

Erfolgte die stationäre Aufnahme erst nach der Entbindung, ist an Stelle eines Codes der Gruppe O80–O84 unter der folgenden Schlüsselnummer zu codieren:

Z39.0 – Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung

Bei jeder in einer Krankenanstalt durchgeführten Entbindung ist auch die entsprechende Leistung zu erfassen.

**Anonyme Geburt:** Auch bei einer anonymen Geburt erfolgt die Diagnosen- und Leistungsdokumentation wie oben beschrieben. Die administrativen Daten werden dagegen so eingegeben, wie wenn die Daten unbekannt sind bzw. nicht erhoben werden konnten. Für das ohne die Mutter im Krankenhaus verbleibende Neugeborene ist ein eigener Datensatz anzulegen.

## 2.4.11 Codierung des Gestationsalters bei Entbindungen

Seit dem Berichtsjahr 2020 ist bei Entbindungen das Gestationsalter anzugeben. Dazu ist einer der im Anhang A zur ICD-10 dargestellten Codes aus 301.21 bis 301.42 für die jeweilige vollendete Schwangerschaftswoche (SSW) zu verwenden. Entbindungen vor der 21. SSW sind mit 301.21 zu codieren, Entbindungen nach der 42. SSW sind mit 301.42 zu codieren.

Die Codes 301.21 bis 301.42 sind verpflichtend als Zusatzdiagnose bei Aufenthalten mit einer Entbindung (Leistungen JN020 bis JN050) anzugeben, können jedoch nicht als Hauptdiagnose dokumentiert werden.

Ohne entsprechende Dokumentation dieser Zusatzcodes wird bei der Plausibilitätsprüfung eine Fehlermeldung erzeugt und der Aufenthalt nicht bepunktet.

Bei Entbindungen von nicht überwachten Schwangerschaften (genaue SSW ist unbekannt) ist das Gestationsalter zu schätzen. Dazu können unter anderem Größe und Gewicht des Neugeborenen herangezogen werden.

#### **2.4.12 Codierung des Gestationsalters bei erstmaliger Aufnahme**

Bei der erstmaligen stationären Aufnahme eines Frühgeborenen ist das Gestationsalter verpflichtend (als Haupt- oder Zusatzdiagnose) unter P07.2 oder dem entsprechenden fünfstelligen Code aus P07.3 zu codieren.

Diese Regelung gilt für alle stationären Aufenthalte bei erstmaliger Aufnahme eines Frühgeborenen mit Kennzeichen G.

#### **2.4.13 Codierung von Frühgeborenen**

Bei allen Frühgeborenen bzw. Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht ist 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“ fünfstellig zu codieren.

#### **2.4.14 Betreuung von Neugeborenen nach der Geburt**

Für gesunde Neugeborene ist kein Datensatz anzulegen. Die Fallpauschalen für den stationären Aufenthalt bei einer Geburt umfassen auch die Kosten für die Betreuung des Neugeborenen und für die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die beim Neugeborenen während des stationären Aufenthalts der Mutter erfolgen. Dazu gehört z.B. die Phototherapie beim Ikterus. Daher sind die Neugeborenen auf der geburts-hilflichen Abteilung nicht zusätzlich mit einem eigenen stationären Datensatz zu administrieren.

### 2.4.15 Codierung von Erkrankungen des 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 ausschließlich das Kind betreffend erfasst werden. Eine Verschlüsselung von Diagnosen und Leistungen betreffend das Kind im Datensatz der Mutter ist nicht zulässig.

Liegen dagegen Erkrankungen des Neugeborenen vor, die eine stationäre Aufnahme zur Beobachtung und weiteren Behandlung erfordern, so ist ein eigener Datensatz mit eigener Aufnahmezahl für das Kind anzulegen.

Bei Aufhalten auf neonatologischen/pädiatrischen Intensiveinheiten sind auch die Codierhinweise im **ANHANG 2A – NEONATOLOGIE PAEDIATRIE CODIERHINWEISE** zu beachten.

### 2.4.16 Codierung der Revisionsgründe bei Endoprothesen

Bei Revisionseingriffen an Endoprothesen des Hüft-/Kniegelenks sind auch die Revisionsgründe verpflichtend zu erfassen. Die entsprechenden Codes (101.0 bis 107.6) sind in Anhang A der ICD-10 BMASGPK 2026 dargestellt.

Bei der Dokumentation ist darauf zu achten, dass mindestens ein Revisionsgrund (101.0 bis 107.6) als Zusatzdiagnose erfasst wird, wenn im aktuellen stationären Aufenthalt einer der folgenden LeistungsCodes codiert wurde:

Code	Bezeichnung
NE090	Explantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE111	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Pfanneninlay (LE=je Seite)
NE112	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftkopf (LE=je Seite)
NE130	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE131	Explantation der Pfanne einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE132	Explantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NF190	Explantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF193	Explantation einer femoropatellaren Prothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF220	Inlaywechsel/Achswechsel einer Endoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF240	Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)

Code	Bezeichnung
NF241	Explantation des femoralen Anteils einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF242	Explantation des tibialen Anteils einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF243	Explantation eines Patellaersatzes (LE=je Seite)

### 2.4.17 Codierung von Sehnenrissen

Nichttraumatische Rupturen von Sehnen sind unter der Schlüsselnummer ICD-10 „M66.5 – Spontanruptur von nicht näher bezeichneten Sehnen“ zu erfassen.

Traumatische Sehnenrupturen ohne offene Wunde sind mit der entsprechenden Schlüsselnummer in der ICD-10 aus S00–S99 zu codieren. Beispiel: Achillessehnen-Ruptur ICD-10 S86.0.

Traumatische Sehnenzerreiungen in offenen Wunden werden in der ICD-10 unter der jeweiligen passenden Schlüsselnummer sowohl der offenen Wunde als auch der Sehnenzerreiung erfasst.

### 2.4.18 Codierung von Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen

Sind bei Patient:innen Komplikationen aufgetreten, die in direktem Zusammenhang mit einer vorher erfolgten (chirurgischen) Behandlung stehen und für diese Affektionen keine gesonderten Schlüsselnummern in der ICD-10 BMASGPK 2026 vorgesehen, so sind dafür die entsprechenden Schlüsselnummern der Krankheitsgruppe T80–T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, andernorts nicht klassifiziert) heranzuziehen.

- **Beispiel:** T81.4 – Infektion nach einem Eingriff, andernorts nicht klassifiziert

### 2.4.19 Codierung von zusammenhängenden Aufenthalten

Bei zusammenhängenden Aufenthalten ist dieselbe Hauptdiagnose zu erfassen.

- **Beispiel:** Ein:e Patient:in wird nach einer in der KA erfolgten Entbindung für eine Intensivbehandlung in eine andere KA und wieder zurück transferiert. In allen drei Aufenthalten ist dieselbe Hauptdiagnose zu erfassen.

## 2.4.20 Codierung von Nachbehandlungen

Bis zum Abschluss der Behandlung ist im Regelfall die bei der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Eine Ausnahme bilden Nachbehandlungen nach chirurgischen Eingriffen, die unter den entsprechenden T-Diagnose zu codieren sind.

Ist der Hauptgrund eines Krankenhausaufenthaltes die **Nachbehandlung nach einem operativen Eingriff**, ist wie folgt zu codieren:

Aufenthalte zur Nachbehandlung nach operativen Eingriffen **in Folge von Verletzungen** sind unter der entsprechenden Diagnose des Kapitels XIX der ICD-10 zu codieren, die den Zustand nach dieser Verletzung bezeichnet (T90–T98).

- **Beispiel:** Metallentfernung nach Osteosynthese einer Knöchelfraktur (ICD-10: T93.2)

Aufenthalte zur Nachbehandlung nach operativen Eingriffen, die nicht verletzungsbedingt erfolgten, sind übereinkunftsgemäß unter der Diagnose zu codieren, die den Zustand nach einer sonstigen näher bezeichneten Verletzung der jeweiligen Körperregion (T90–93.8) verschlüsselt.

- **Beispiel:** Nachbehandlung nach Implantation einer Hüftendoprothese bei Coxarthrose (ICD-10: T93.8)

Diese Diagnosen sind zu verwenden, wenn nach Abschluss der Akutbehandlung ein neuerlicher stationärer Aufenthalt in der gleichen oder einer anderen Krankenanstalt erfolgt. Hierunter fallen auch Transferierungen.

Bei Aufenthalten zur Nachbehandlung nach operativen Eingriffen, bei denen die **Grunderkrankung** weiterbesteht, ist diese weiterhin zu codieren.

- **Beispiel:** Folgeaufenthalt nach aortokoronarer Bypassoperation (I25.1)

## 2.4.21 Codierung von Nach- und Kontrolluntersuchungen

Bis zum Abschluss der Behandlung ist im Regelfall die bei der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Nach abgeschlossener Therapie sind die Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

### Nachuntersuchungen nach onkologischer Therapie – Z08

**Erstaufenthalt:** Hauptdiagnose maligne Neoplasie – ICD-10 Kapitel II (C-Codes)

**Folgeaufenthalte:**

- Grunderkrankung noch aktuell?
- HD wie bei Erstaufenthalt
  - jede Form der Nachbehandlung wie Strahlentherapie, Chemotherapie, Nachresektion etc.
  - jede Kontrolluntersuchung bei noch nicht abgeschlossener Therapie und/oder noch nachweisbarer Grunderkrankung
- Grunderkrankung nicht mehr aktuell?
- Diagnose aus Kapitel XXI (Z-Codes)
  - Kontrolluntersuchungen nach abgeschlossener Therapie mit vollständiger Remission

### **Nachuntersuchungen nach sonstiger Behandlung – Z09**

Bei Nachuntersuchungen/Kontrolluntersuchungen nach nicht onkologischen Therapien ist analog vorzugehen. Der ICD-10-Code Z09 ist dann anzuwenden, wenn es sich um eine abgeschlossene Behandlung handelt.

- **Beispiel:** Ein:e Patient:in wird zur Nachuntersuchung nach Angioplastie und Stentimplantation bei einer Rezidivstenose der A. carotis interna aufgenommen. Die Kontrolluntersuchung ergibt unauffällige Strömungsverhältnisse und ein neurologisch unauffälliges Bild.

Die richtige Codierung bei Anstaltsbedürftigkeit der Patientin/des Patienten ist ICD-10 Z09.8 als Hauptdiagnose.

**Erläuterung:** Nachuntersuchungen nach medizinischer Behandlung sind unter dem ICD-10-Code Z09 zu codieren. (Ausnahme Z08 nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung). Die ursprüngliche Diagnose I65.2 ist nicht mehr relevant, da die Untersuchung einen unauffälligen Befund ergibt und kann daher auch nicht codiert werden. Ein unauffälliger Untersuchungsbefund kann auch nicht als Erkrankungsfolge gesehen werden, daher kann I69.8 hier nicht codiert werden.

## 2.5 Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10 für stationäre Aufenthalte

### 2.5.1 Alle Kapitel

Code	Bezeichnung
A00–Z99	Alle Codes
<b>Frage</b>	Sind auch „Zustand nach“-Diagnosen zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>"Zustand nach" oder „status post“ bedeutet, dass die ursprüngliche Krankheit nicht mehr vorliegt. Da nur die für den aktuellen Aufenthalt relevanten Diagnosen zu codieren sind, sind im Regelfall keine Diagnosen anzugeben, die den Zustand nach einer Erkrankung beschreiben.</p> <p>Wird für den aktuellen stationären Aufenthalt die Codierung einer Diagnose erforderlich, die einen Folgezustand beschreibt, so sind die Regelungen zur Codierung von Nachbehandlungen in Kapitel 2.3.9 im Handbuch medizinische Dokumentation zu beachten. Diese sind bei jedem Folgeaufenthalt nach einer Operation am Bewegungsapparat anzuwenden.</p> <p>Keinesfalls ist bei einem „Zustand nach“ der Code für die ursprünglich vorhandene Erkrankung zu verwenden.</p>

Code	Bezeichnung
A00–Z99	Dreisteller, für interne Zwecke fünfstellig
<b>Frage</b>	Wie soll eine Unterteilung an der fünften Stelle (für krankenhausinterne Zwecke) bei Diagnosen, die im ICD-10-Diagnosenschlüssel nur als Dreisteller vorhanden sind, vorgenommen werden?
<b>Antwort</b>	<p>Die 4. Stelle ist mit einem kleinen „x“ zu belegen und die 5. Stelle dann frei belegbar. Dabei ist darauf zu achten, dass die 5. Stelle nicht bereits im ICD-Diagnosenschlüssel belegt ist. (Beispiel: Dreisteller M45: Spondylitis ankylosans, M45.x4 = Lokalisation Thorakalbereich).</p> <p><b>Beachte:</b> Bei der Datenmeldung an das BMSGPK sind ausschließlich die in der Datei DIAGLIST.DAT enthaltenen Codes zu übermitteln.</p>

## 2.5.2 Kapitel I – Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)

Code	Bezeichnung
<b>A40.0–A40.9</b> <b>A41.0–A41.9</b>	Streptokokkensepsis Sonstige Sepsis
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung bei septischen und offensichtlich bakteriellen Zustandsbildern ohne definitivem Erregernachweis und ohne dass chirurgische Gründe ersichtlich wären?
<b>Antwort</b>	Unter A41.9 sind septische Zustandsbilder, nicht näher bezeichnet, zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>A81.2</b>	Progressive multifokale Leukenzephalopathie
<b>Frage</b>	Bei dieser Diagnose wird ein Warning ausgegeben. Warum?
<b>Antwort</b>	Diese Diagnose ist nur bei atypischen Virus-Infektionen des ZNS zu codieren. Die Diagnosestellung ist derzeit schwer und oft erst post mortem möglich. Es muss daher darauf geachtet werden, dass hier nicht nur eine radiologisch-beschreibende Diagnose codiert wurde, sondern wirklich die atypische Virus-Infektion.

Code	Bezeichnung
<b>B25.9</b> <b>H90.3</b> <b>P35.1</b>	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung Angeborene Zytomegalie
<b>Frage</b>	Wie ist die Hauptdiagnose bei einem Kind mit angeborener Zytomegalievirusinfektion zu codieren, das im Alter von 5 Jahren neuerlich wegen einer Exazerbation der Zytomegalievirusinfektion stationär aufgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Bei einer stationären Aufnahme wegen einer erneuten Exazerbation der Zytomegalievirusinfektion im Alter von 5 Jahren ist B25.9 zu codieren.
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine stationäre Aufnahme wegen der Behandlung einer durch die angeborene Zytomegalievirusinfektion entstandenen sensoneurinalen Schwerhörigkeit erfolgt?
<b>Antwort</b>	Bei einer stationären Aufnahme wegen der Behandlung einer durch die angeborene Zytomegalievirusinfektion entstandenen sensoneurinalen Schwerhörigkeit ist H90.3 als Hauptdiagnose und P35.1 als Zusatzdiagnose zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>B34.0–B34.9</b> <b>J06.0</b> <b>Z03.8</b>	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation Akute Laryngopharyngitis Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen
<b>Frage</b>	Wie ist ein Verdacht auf Virusinfektion zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einem unbestätigten Verdacht auf eine Viruserkrankung ist Z03.8 „Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen“ zu codieren. Voraussetzung ist, dass keine Viruserkrankung bestätigt und keine organbezogene Hauptdiagnose (wie z.B. J06) gestellt werden kann. Eine Schlüsselnummer aus B34 ist dagegen nur dann zu codieren, wenn ausgedrückt werden soll, dass eine Viruserkrankung bestand.

Code	Bezeichnung
<b>A30–A49</b> <b>A41.0</b> <b>B95.6!</b> <b>U82–U85</b>	Sonstige bakterielle Krankheiten Sepsis durch Staphylococcus aureus Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika
<b>Frage</b>	Wie ist eine Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim, z.B. einem methizillinresistenten Staphylokokkus aureus (MRSA) als Erreger zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einer Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim ist die entsprechende Infektionskrankheit zu codieren, meist durch einen Code aus der Gruppe A30–A49 wie z.B. A41.0. Die Resistenz des Erregers ist zusätzlich durch den entsprechenden Code aus der Gruppe U82–U85 „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika“ in Kapitel XXII zu codieren.

### 2.5.3 Kapitel II – Neubildungen (C00–D48)

Code	Bezeichnung
<b>C00.0–C97</b>	Bösartige Neubildungen
<b>Frage</b>	Wie sind Lokalrezidive von Karzinomen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Lokalrezidive von Karzinomen sind unter der ursprünglichen Karzinomdiagnose zu codieren. Zur besseren Beschreibung des Lokalrezidivs ist zusätzlich der entsprechende Code für die sekundäre Neubildung des betroffenen Organs zu codieren (siehe auch Hinweise zu C18–C20).

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>C18.0 bis C18.9</b>	Bösartige Neubildung des Kolons, Zäkum
<b>C19</b>	Bösartige Neubildung des Kolons, nicht näher bezeichnet
<b>C20</b>	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
<b>C78.7</b>	Bösartige Neubildung des Rektums
	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
<b>Frage</b>	Wann und wie oft ist das UICC-Stadium zu übermitteln?
<b>Antwort</b>	<p>Das UICC-Stadium des kolorektalen Karzinoms ist grundsätzlich einmal zu Beginn der Therapie aus dem TNM-Staging abzuleiten und an der 5. Stelle dem ICD-10 Code hinzuzufügen.</p> <p>Für Aufenthalte mit neoadjuvanter Chemo- oder Strahlentherapie ohne Operation im gleichen Aufenthalt gilt:</p> <p>Es ist das zu diesem Zeitpunkt bekannte aus dem klinischen cTNM-Staging abgeleitete UICC-Stadium zu übermitteln. Dieses ist postoperativ ggf. anzupassen.</p> <p>Für alle operativen Aufenthalte und danach gilt:</p> <p>Es ist das nach Abschluss der ersten chirurgischen Therapie (Resektion) aus dem postoperativen pTNM-Stadium abgeleitete UICC-Stadium zu übermitteln. Dieses Stadium ist unverändert auch bei allen nachfolgenden Aufenthalten zu übermitteln.</p> <p>Das UICC-Stadium ist bei Aufenthalten mit Diagnostik/Therapie des Karzinoms zu übermitteln. Bei anderen Aufenthalten ist eine Erfassung der Diagnose ohne Tumorstadium zulässig.</p> <p>Bei Aufenthalten mit Diagnose/Therapie einer metachronen Metastasierung oder eines Lokalrezidivs ist der entsprechende Code aus C76–C80 zu erfassen. Der Primärtumor ist unverändert weiter zu codieren.</p>
<b>Frage</b>	Wie ist vorzugehen, wenn bei einer Entlassung nach einer Polypektomie noch keine Histologie vorliegt?
<b>Antwort</b>	Grundsätzlich ist die LKF-Dokumentation erst abzuschließen, wenn alle im Aufenthalt erhobenen Befunde inkl. Histologie vorliegen. Das Ergebnis der histologischen Befundung ist abzuwarten.
<b>Frage</b>	Wie ist vorzugehen, wenn bei der Erstellung der LKF-Dokumentation zwar eine Tumordiagnose (z.B. C18.2 Bösartige Neubildung: Colon ascendens, Koloskopiebefund) vorliegt, aber noch kein Tumorstaging erfolgte?
<b>Antwort</b>	In diesem Fall ist die Tumordiagnose ohne UICC-Stadium zu übermitteln, z.B. C18.2. Spätestens beim ersten Aufenthalt, in dem eine Therapie erfolgt, ist die Diagnose mit UICC-Stadium anzugeben.
<b>Frage</b>	Wie soll bei Aufenthalten mit präoperativer Bestrahlung oder Chemotherapie eines kolorektalen Karzinoms dokumentiert werden?
<b>Antwort</b>	Bei Aufenthalten zur neoadjuvanten Therapie ohne Operation im gleichen Aufenthalt ist das zu diesem Zeitpunkt bekannte klinische Tumorstadium zu übermitteln.

<b>Frage</b>	Welches UICC-Stadium ist zu erfassen, wenn das ursprüngliche klinische UICC-Stadium zu Beginn einer neoadjuvanten Therapie z.B. 3 war und sich nach Abschluss der neoadjuvanten Therapie und nach erfolgter Tumorresektion ein postoperatives Stadium 2 ergibt?
<b>Antwort</b>	Bei Vorliegen des postoperativen Stadiums ist das postoperative UICC-Stadium anzugeben, in obigem Beispiel also Stadium 2.
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei einem kolorektalen Karzinom mit postoperativem Stadium 2 oder 3 erst im weiteren Verlauf eine Metastasierung auftritt?
<b>Antwort</b>	Hier ist zur Beschreibung der metachronen Metastasierung sowohl die Metastase unter dem entsprechenden Code aus C76–C80 zu erfassen als auch der Primärtumor mit dem ursprünglichen postoperativen UICC-Stadium zu codieren. <b>Beispiel:</b> Bösartige Neubildung am Zäkum mit UICC-Stadium 2 → C18.02 Ein halbes Jahr später erfolgt ein Aufenthalt zur Behandlung einer neu aufgetretenen Lebermetastase → C78.7 als Hauptdiagnose und C18.02 als Zusatzdiagnose <b>Anmerkung:</b> Wenn die Metastasierung bereits zum Zeitpunkt der Erfassung des Tumorstadiums vorhanden ist, ist nur C18.04 zu codieren.
<b>Frage</b>	Wie werden Lokalrezidive bei kolorektalen Karzinomen erfasst?
<b>Antwort</b>	Hier ist zur Beschreibung des Lokalrezidivs zusätzlich zur ursprünglichen Karzinomdiagnose der entsprechende Code für die sekundäre Neubildung des betroffenen Organs zu codieren. Zum Beispiel C18.02 „Bösartige Neubildung des Kolons, Zäkum“ als Hauptdiagnose und C78.6 „Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums“ als Zusatzdiagnose.
<b>Frage</b>	Wie ist bei Aufenthalten von Patient:innen mit kolorektalem Karzinom auf einer palliativen Einrichtung oder mit einer anderen Hauptdiagnose (z.B. Unfall) vorzugehen, wenn das Tumorstadium nicht zweifelsfrei erhoben werden kann?
<b>Antwort</b>	Bei allen Aufenthalten von Patient:innen mit kolorektalem Karzinom, bei denen keine tumorspezifische Diagnostik/Therapie (Operation, Strahlen- oder Chemotherapie) erfolgt, kann auf die Angabe des UICC-Stadiums verzichtet werden.

Code	Bezeichnung
<b>C00.0–C97</b>	Bösartige Neubildungen
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung bei einer neuerlichen Aufnahme wegen der Nachbehandlung eines Karzinoms?
<b>Antwort</b>	Das Karzinom ist solange als Hauptdiagnose zu codieren, wie die Chemotherapie oder Strahlentherapie etc. anhält.

Code	Bezeichnung
<b>C50.0–C50.9</b> <b>Z40.0</b>	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei einer prophylaktischen Adnexenentfernung beispielsweise nach beidseitigem Mammakarzinom bei familiärem Risiko zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist „Z40.0 – Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>D12.6</b> <b>D37.4</b> <b>K51.4</b> <b>K63.5</b>	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Kolon Inflammatorische Polypen Polyp des Kolons
<b>Frage</b>	Wie sind tubuläre Adenome mit geringgradiger intraepithelialer Neoplasie und andere Kolonpolypen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die häufigen tubulären und tubulovillösen Adenome des Kolons sind, ebenso wie eine adenomatöse Polyposis Coli, unter D12.6 zu codieren. Das gilt auch beim Vorliegen einer geringgradigen intraepithelialen Neoplasie (low grade Neoplasie). Diagnosen aus der Gruppe der „Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens“ sind nur dann zu codieren, wenn die Läsion pathohistologisch der Malignitätsklasse I zugeordnet werden kann. Dies ist z.B. bei villösen Adenomen der Fall. K51.4 ist bei entzündlichen Polypen, z.B. im Rahmen von entzündlichen Darm-erkrankungen, zu codieren. K63.5 ist bei hyperplastischen Polypen zu codieren, aber nicht bei adenomatösen Polypen.

Code	Bezeichnung
<b>D37.0–D48.9</b>	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens
<b>Frage</b>	Sind unter D37–D48 auch Neubildungen zu codieren, die ohne Histologie nicht eindeutig den Bezeichnungen „gutartig“ oder „bösartig“ zugeordnet werden können? Was ist zu codieren, wenn bei der Codierung noch kein Ergebnis der Histologie vorliegt?
<b>Antwort</b>	Unter D37–D48 sind ausschließlich jene Neubildungen zu codieren, die aufgrund ihrer Histologie nicht eindeutig den Bezeichnungen „gutartig“ oder „bösartig“ zugeordnet werden können (Malignitätsklasse I in der ICD-O). Der histologische Befund muss für die Codierung der Entlassungsdiagnose in jedem Fall abgewartet werden.

Code	Bezeichnung
<b>D37.0–D48.9</b> <b>R74.9</b> <b>Z03.1</b>	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens Abnormer Wert nicht näher bezeichneter Serumenzyme Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei Entlassung unter Einbeziehung aller Befunde keine Aussage über die Malignität eines Tumors gemacht werden kann?
<b>Antwort</b>	<p>Unter D37–D48 sind nur Tumore zu codieren, die wegen ihrer Eigenschaften nicht sicher als gut- oder bösartig eingestuft werden können (Malignitätsgrad I in der Klassifikation der Morphologie). Die Vergabe einer D-Diagnose bezeichnet nicht den Umstand, dass keine sichere Aussage über die Entität eines Tumors gemacht werden kann, sondern ordnet den Tumor einer bestimmten Entität zu, nämlich jenen mit unsicherem Verhalten. Das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung ist mit einem D-Code ausgeschlossen. Wenn man den Tumor nicht einordnen kann, ist entweder unter Z03.1 (wenn der Verdacht auf Bösartigkeit besteht und nicht behandelt wird) oder unter der zu Grunde liegenden Symptomatik zu codieren.</p> <p><b>Beispiel:</b> 76-jähriger Patient mit vergrößerter Prostata, gut abgrenzbar, umschriebene Konsistenzhöhung, PSA-Erhöhung auf 15,7. Es wurden 16 Biopsate untersucht. Davon 3x kein repräsentatives Gewebe, in den anderen 13 Biopsaten konnten keine atypischen Zellen festgestellt werden, auch kein Hinweis auf eine Tumordinfiltration. Der Patient bzw. die Entwicklung des PSA wird beobachtet.</p> <p><b>Codierung:</b> Es besteht zwar ein Verdacht, aber mehr als der pathologische Laborparameter wurde nicht gefunden. Bekannt ist nur die Tatsache, dass eine Diagnostik bei Verdacht auf bösartige Neubildung durchgeführt wurde und ein abnormer Serumenzymwert vorliegt.</p> <p>Hier ist nicht unter einer D-Diagnose zu codieren, sondern unter Z03.1 „Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung“ (Personen mit vorhandenen untersuchungsbedürftigen Symptomen, die nach Untersuchung und Beobachtung nicht behandlungsbedürftig sind.).</p>

Code	Bezeichnung
<b>D16.1</b>	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
<b>D16.9</b>	Gutartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
<b>M84.9</b>	Veränderung der Knochenkontinuität, nicht näher bezeichnet
<b>M89.9</b>	Knochenkrankheit, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie ist die Diagnose bei Exostosis regio cap. ossis metacarp. V in der ICD-10 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Diagnose bei Exostosis regio cap. ossis metacarp. V ist in der ICD-10 unter D16.1 zu codieren.

Code	Bezeichnung
D22.5	Melanozytennävus des Rumpfes
Frage	Wo ist ein so genannter „Tierfellnävus“ am Stamm zu codieren?
Antwort	Unter D22.5 ist auch ein so genannter „Tierfellnävus“ am Stamm zu codieren.

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

#### 2.5.4 Kapitel III – Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)

Code	Bezeichnung
D68.3 I61.0–I61.9 T45.5 999.9	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper Intrazerebrale Blutung Vergiftung: Antikoagulanzen Sonstige Ursachen exogener Noxen, nicht näher bezeichnet
Frage	Wo ist eine Spontanblutung unter Cumarintherapie zu codieren?
Antwort	Sofern die Gerinnungsparameter (z.B. PZ) im therapeutischen Bereich liegen, ist unter D68.3 zu codieren. Wenn der therapeutische Bereich unterschritten wurde, ist unter ICD T45.5 und 999.9 zu codieren. Wenn der Aufnahmegrund z.B. eine intrazerebrale Blutung war, ist dies als Hauptdiagnose und D68.3 oder T45.5 als Nebendiagnose zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>D68.5</b> <b>D68.6</b>	Primäre Thrombophilie Sonstige Thrombophilien
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei der Implantation eines Cavaschirms wegen rezidivierenden thromboembolischen Ereignissen zu codieren, wenn kein Grund für die Ursache der Gerinnungsneigung angegeben werden kann?
<b>Antwort</b>	Bei Vorliegen einer primären Thrombophilie, wie z.B. einem Mangel an Antithrombin, Protein C oder Protein S, ist D68.5 zu codieren, anderenfalls ist unter D68.6 sonstige Thrombophilien zu codieren.

## 2.5.5 Kapitel IV – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)

Code	Bezeichnung
<b>E43</b> <b>E44.0</b> <b>E44.1</b> <b>E46</b>	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
<b>Frage</b>	Wie ist das Vorliegen einer Mangelernährung korrekt zu codieren? Die in den Erläuterungen der ICD-10 angeführte Angabe erscheint in der Praxis nicht anwendbar.
<b>Antwort</b>	Beim Vorliegen einer Mangelernährung ist eine der Diagnosen E43, E44.0, E44.1 zu codieren. Die Zuordnung zu einem der Codes ist nach dem NRS 2002 (Nutritional Risk Screening) wie folgt zu treffen: E43 „Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRS-Gesamtscore von mindestens 5 und</li> <li>• NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 3 (schwer)</li> </ul> E44.0 „Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRS-Gesamtscore von mindestens 4 und</li> <li>• NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 2 (mäßig)</li> </ul> E44.1 „Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung“ <ul style="list-style-type: none"> <li>• NRS-Gesamtscore von mindestens 3 und</li> <li>• NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 1 (leicht)</li> </ul>

Code	Bezeichnung
<b>E73.9</b>	Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet
<b>K52.2</b>	Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis
<b>L27.2</b>	Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel
<b>T78.1</b>	Sonstige Nahrungsmittelenverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert
<b>T78.4</b>	Allergie, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie ist eine Kuhmilchunverträglichkeit zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei Vorliegen einer Dermatitis ist unter L27.2 zu codieren, bei Vorliegen anderer Symptome als einer Dermatitis bzw. bei Kuhmilchintoleranz ist unter T78.1 zu codieren. Bei Laktoseintoleranz ist unter E73.9 zu codieren.

## 2.5.6 Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

Code	Bezeichnung
<b>F84.0</b>	Frühkindlicher Autismus
<b>Frage</b>	Bis zu welchem Lebensalter kann der ICD-10-Code F84.0 „Frühkindlicher Autismus“ codiert werden?
<b>Antwort</b>	Der ICD-10-Code F84.0 „Frühkindlicher Autismus“ (auch: autistische Störung, frühkindliche Psychose, infantiler Autismus, Kanner-Syndrom; exkl.: autistische Psychose (F84.5)) kann in jedem Lebensalter codiert werden. Der Ausdruck frühkindlich bezieht sich auf das Manifestationsalter, das vor dem 3. Lebensjahr liegt.

Code	Bezeichnung
<b>F98.0</b>	Nichtorganische Enuresis
<b>Z03.2</b>	Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen
<b>Z03.8</b>	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung von Enuresis vor dem 4. Geburtstag des Kindes mit Enuresis (ergibt im Scoringprogramm eine Fehlermeldung)?
<b>Antwort</b>	In der Regel ist hierbei keine Indikation zur Krankenanstaltenaufnahme vor dem 4. Geburtstag gegeben, evtl. könnte unter einer (Verdachts-)diagnose (z.B. urologisch oder kinderpsychiatrisch, z.B. Z03.8 oder Z03.2) codiert werden.

## 2.5.7 Kapitel VI – Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)

Code	Bezeichnung
<b>G91.0–G91.9</b> <b>Q03.0–Q03.9</b> <b>Q05.0–Q05.4</b>	Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus Spina bifida mit Hydrozephalus
<b>Frage</b>	Wie ist ein posttraumatischer und wie ein angeborener Hydrozephalus zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein posttraumatischer Hydrozephalus ist unter dem zutreffenden Code aus G91.0–G91.9 zu codieren, z.B. als Hydrozephalus communicans unter G91.0. Ein angeborener Hydrozephalus ist unter dem zutreffenden Code aus Q03.0–Q03.9 oder falls mit zervikaler Spina bifida kombiniert, unter Q05.0–Q05.4 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>G90.2</b>	Horner-Syndrom
<b>Frage</b>	Wie ist ein Horner-Syndrom zu codieren?
<b>Antwort</b>	Das Horner-Syndrom ist unter ICD-10 G90.2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>G35</b> <b>G40.6</b>	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
<b>Frage</b>	Bei einem Patienten, der nach einem Grand-mal-Anfall zur Beobachtung 2 Tage im Krankenhaus verbringt, und bei dem auch eine Multiple Sklerose vorliegt, die derzeit aber in Remission ist, ist wie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Da die Epilepsie der Hauptanlass zur Behandlung war, ist als Hauptdiagnose G40.6 und als Zusatzdiagnose G35 zu codieren. Dies gilt auch, obwohl als pathogenetische Ursache der Epilepsie die MS zu vermuten ist.

Code	Bezeichnung
<b>G35</b>	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
<b>Frage</b>	Bei der ambulanten Therapie der MS mit Copaxone (Copolymer) wird bei einem stationären Aufenthalt diese teure Copaxone-Therapie fortgesetzt, wobei die Kosten vom Spital übernommen werden. Wo ist diese Therapie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Im LKF-Modell werden Schweregrade im Besonderen nicht berücksichtigt und die Therapiekosten sind in den durchschnittlichen Punktwerten der einzelnen LDF enthalten. Die Therapie der MS mit Copaxone ist daher unter der Diagnose ICD-10 G35 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>F44.8</b> <b>G40.0–G40.9</b> <b>R56.0–R56.8</b>	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] Epilepsie Krämpfe, andernorts nicht klassifiziert
<b>Frage</b>	Wie sind funktionelle Anfälle zu codieren?
<b>Antwort</b>	Funktionelle Anfälle sind als ICD F44.8 „Dissoziative Krampfanfälle“ und nicht unter ICD G40.9 zu codieren.

## 2.5.8 Kapitel VII – Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)

Code	Bezeichnung
<b>H34.8</b> <b>H35.3</b> <b>H36.0*</b>	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss Degeneration der Makula und des hinteren Poles Retinopathia diabetica (E10-E14, vierte Stelle .3†)
<b>Frage</b>	Wie ist die Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten wegen diabetischer Makulopathie oder einem Verschluss der Vena centralis retinae zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Bei stationären Aufenthalten wegen einer diabetischen Makulopathie ist als Hauptdiagnose ICD-10 H36.0* zu codieren. Zusätzlich ist der Typ des Diabetes mellitus unter dem entsprechenden Code aus E10.3 bis E14.3 zu verschlüsseln. Bei stationären Aufenthalten wegen eines venösen retinalen Gefäßverschlusses ist als Hauptdiagnose ICD-10: H34.8 zu codieren. Der Code ICD-10 H35.3 ist nur bei der altersbedingten Makuladegeneration zu codieren und darf daher bei den anderen angeführten Erkrankungen nicht als Hauptdiagnose verwendet werden.

## 2.5.9 Kapitel VIII – Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)

Code	Bezeichnung
<b>A88.1</b> <b>H81.0 bis</b> <b>H81.9</b> <b>H82*</b> <b>R42</b>	Epidemischer Schwindel Ménière-Krankheit Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Schwindel und Taumel
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung eines Aufenthalts mit Schwindelsymptomatik?
<b>Antwort</b>	Bei einem abgeklärten Schwindelsyndrom bzw. einer Störung der Vestibularfunktion ist unter dem entsprechenden Code aus H81.0 bis H81.9 zu codieren. Eine Schwindelsymptomatik bei anderen abgeklärten Ursachen ist unter H82* zu codieren. Die entsprechende Grunderkrankung ist mit einem eigenen Code zu verschlüsseln. Wenn keine bekannte Ursache gefunden wurde, ist unter R42 zu codieren. A88.1 ist nur zu codieren, wenn eine epidemisch auftretende virale Erkrankung als gesicherte Ursache der Schwindelsymptomatik feststeht. Die Codierung von A88.1 für unklare Fälle ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
<b>H81.0–H81.9</b> <b>H82</b> <b>H83.0–H83.9</b> <b>H93.1</b>	Störungen der Vestibularfunktion Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Sonstige Krankheiten des Innenohres Tinnitus aurium
<b>Frage</b>	Wie sind ambulante Patient:innen mit Erkrankungen des Innenohres zu codieren, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten (z.B. niedermolekulares Dextran)?
<b>Antwort</b>	Auch wiederholte ambulante Einzelbehandlungen stellen im Regelfall keine Indikation für eine stationäre Aufnahme dar und sind daher als ambulante Fälle zu administrieren. Wenn Krankenanstaltsbedürftigkeit gegeben ist, ist die entsprechende Diagnose, z.B. H81.0, zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>H90.0–H90.9</b> <b>H91.0–H91.9</b> <b>H91.9</b>	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung Sonstiger Hörverlust Hörverlust, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie ist die ein- oder beidseitige Taubheit zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die ein- oder beidseitige Taubheit ist unter ICD H91.9 zu codieren. Bei Vorliegen näherer Angaben zur Art des Hörverlustes ist unter dem entsprechenden Code aus H90.0-H90.9 oder H91.0-H91.9 zu codieren.

## 2.5.10 Kapitel IX – Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)

Code	Bezeichnung
<b>I21.0–I21.9</b> <b>I22.0–I22.9</b> <b>I25.2</b> <b>I25.8</b>	Akuter Myokardinfarkt Rezidivierender Myokardinfarkt Alter Myokardinfarkt Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
<b>Frage</b>	Wie lange erfolgt die Codierung eines akuten Myokardinfarktes (MCI)? Ab wann soll der alte MCI codiert werden?
<b>Antwort</b>	Ein akuter Myokardinfarkt ist bis zu einer Krankheitsdauer von 4 Wochen unter I21.0 bis I21.9 zu codieren. Bei Infarktrezidiven in diesem Zeitraum ist unter I22.0–I22.8 zu codieren. Nach mehr als vier Wochen ist unter I25.8 zu codieren. Der Code I25.2 ist bei stationären Aufenthalten im Regelfall nicht zu erfassen, da er beschreibt, dass der MCI abgeheilt bzw. symptomlos ist.

Code	Bezeichnung
<b>I50.11–I50.19</b>	Linksherzinsuffizienz
<b>Frage</b>	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer Linksherzinsuffizienz zu bestimmen?
<b>Antwort</b>	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt zu bestimmen.

Code	Bezeichnung
<b>I62.0</b>	Nichttraumatische subdurale Blutung
<b>I62.1</b>	Nichttraumatische extradurale Blutung
<b>I62.9</b>	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
<b>S06.5</b>	Traumatische subdurale Blutung
<b>Frage</b>	Wie ist eine chronische nichttraumatische subdurale Blutung korrekt zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die ICD-10 unterscheidet nach der Ätiologie zwischen subduralen Blutungen traumatischen Ursprungs (S06.5) und nichttraumatischen subduralen Blutungen (I62.0). Nach dem zeitlichen Verlauf wird nicht unterschieden. Eine chronische nichttraumatische subdurale Blutung ist daher unter I62.0 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>I63.0–I63.9</b>	Hirnfarkt
<b>I69.3</b>	Folgen eines Hirnfarktes
<b>204.0</b>	Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala
<b>Frage</b>	Wie ist bei Folgeaufenthalten (z.B. Transferierung zur Weiterbehandlung) nach einem Schlaganfall zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nach den derzeit geltenden Codierregeln ist bei stationären Aufenthalten auf Grund eines Schlaganfalls während der gesamten Krankheitsepisode (inklusive Rehabilitation/Rückverlegung ins regionale KH) I63.0 bis I63.9 zu codieren. Die Rankin Skala ist nur bei Krankenhausaufenthalten zur Akutbehandlung des Schlaganfalls zu erheben. Bei Folgeaufenthalten ist der Code „204.0 Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala“ zu verwenden.

Code	Bezeichnung
<b>I63.0–I63.9</b>	Hirnfarkt
<b>I69.3</b>	Folgen eines Hirnfarktes
<b>Frage</b>	Bis wann wird ein Schlaganfall als akut angesehen und wann ist unter I69 zu codieren?
<b>Antwort</b>	In der ICD-10 ist die Codierung von I69 explizit nur dann vorgesehen, wenn bei einer anderen Diagnose zusätzlich angegeben werden soll, dass diese Folge eines Schlaganfalls ist (siehe Hinweis in der ICD-10 bei I69). Bei stationären Aufenthalten auf Grund eines Schlaganfalls ist während der gesamten Krankheitsepisode (inklusive Rehabilitation/Rückverlegung ins regionale KH) im Regelfall unter I63.0 bis I63.9 zu codieren.

## 2.5.11 Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)

Code	Bezeichnung
<b>J00</b> <b>J35.0</b> <b>Z53.0#</b>	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen] Chronische Tonsillitis Maßnahme nicht durchgeführt wegen Kontraindikation
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine geplante Tonsillektomie wegen einer Erkältung abgesetzt werden muss?
<b>Antwort</b>	Wenn die Aufnahme zur Tonsillektomie bereits erfolgt ist und erst dann die Erkältung aufgetreten ist, so ist unter Hauptdiagnose J35.0 (Grund der Aufnahme und des Aufenthaltes) und Nebendiagnose J00 (Entlassungsgrund, der keinen Aufwand verursachte) zu codieren. Der Code Z53.0# kann bei stationären Aufenthalten nicht codiert werden.

Code	Bezeichnung
<b>J05.0</b> <b>J38.5</b>	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] Laryngospasmus
<b>Frage</b>	Mit welcher Diagnose ist ein Kind mit Pseudokrupp zu codieren?
<b>Antwort</b>	Kinder mit Pseudokrupp sind unter J38.5 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>J06.0–J06.9</b> <b>J09</b> <b>J10.0–J10.8</b> <b>J11.0–J11.8</b>	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren Grippe durch sonstige nachgewiesene Influenzaviren Grippe, Viren nicht nachgewiesen
<b>Frage</b>	Wie ist ein fieberhafter grippaler Infekt oder eine Virusgrippe zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein fieberhafter grippaler Infekt ist unter ICD-10 J06.9 zu codieren. Die echte Grippe mit nachgewiesenen Influenzaviren ist unter dem entsprechenden Viersteller aus J10.0 bis .8 zu codieren, ohne Virusnachweis analog unter J11.0 bis J11.8. Bei nachgewiesenen Viren des Typs Influenza A/H1N1 Pandemie 2009 oder Influenza A/H5N1 Epidemie ist unter J09 zu codieren.

Code	Bezeichnung
J44.01–J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege
J44.11–J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet
J44.81–J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit
J44.91–J44.99	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer COPD zu bestimmen?
<b>Antwort</b>	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase während des stationären Aufenthaltes zu bestimmen. <b>Beispiel:</b> Stationäre Aufnahme wegen COPD mit akuter Exazerbation, FEV1 bei Aufnahme 25 %. Stabilisierung nach Therapie, FEV1 vor Entlassung 45 %. <b>Codierung:</b> J44.11 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes

Code	Bezeichnung
J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
J95.1	Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
N99.0	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen
T81.1	Schock während oder als Folge eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Frage</b>	Wie ist ein postoperatives Multiorganversagen zu codieren, z.B. mit Nierenversagen und Schocklunge?
<b>Antwort</b>	Bei einem postoperativen Multiorganversagen sind die schwersten Komplikationen als Zusatzdiagnose zu codieren, z.B. J95.2, N99.0. Als Hauptdiagnose ist die zur stationären Aufnahme führende Diagnose zu erfassen

Code	Bezeichnung
J93.9	Pneumothorax, nicht näher bezeichnet
J95.8	Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen
<b>Frage</b>	Ist für den „iatrogenen Pneumothorax“ eine bestimmte Diagnose zu verwenden oder kann für diesen auch eine Diagnose wie J93.9 „Pneumothorax, nicht näher bezeichnet“ verwendet werden?
<b>Antwort</b>	Auf Grund der primär ätiologischen Ausrichtung der ICD-10 ist der „iatrogene Pneumothorax“ korrekterweise unter J95.8 „Sonstige Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen“ zu verschlüsseln. Auch das alphabetische Verzeichnis der ICD-10 führt J95.8 an.

Code	Bezeichnung
<b>J96.0</b> <b>J96.9</b>	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer pulmonalen Erkrankung wie COPD oder Pneumonie eine respiratorische Insuffizienz auftritt?
<b>Antwort</b>	Die Codes J96.0 „Akute respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert“ bzw. J96.9 „Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet“ beschreiben ein Symptom und sollten nur dann erfasst werden, wenn keine spezifischere Codierung erfolgen kann. Bei einer pulmonalen Erkrankung mit respiratorischer Insuffizienz ist die pulmonale Erkrankung, wie z.B. Pneumonie oder Asthma bronchiale, als Hauptdiagnose zu codieren. Das Symptom respiratorische Insuffizienz kann als Zusatzdiagnose erfasst werden.

## 2.5.12 Kapitel XI – Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)

Code	Bezeichnung
<b>K40.4</b> <b>K55.9</b>	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Ist bei einer Hernie mit ischämischen Schleimhautnekrosen die Ischämie zusätzlich zur Hernie unter K55.9 zu codieren?
<b>Antwort</b>	K55.9 (bzw. jeder Code aus K55.0 bis K55.9) ist dann zu codieren, wenn eine Gefäß-erkrankung des Darmes vorliegt. Bei Durchblutungsstörungen und Nekrosen, die nicht auf eine Gefäß-erkrankung zurückzuführen sind, sondern z.B. durch Kom-pression bedingt sind, ist K55.9 daher nicht zu codieren. Wenn die ischämischen Schleimhautnekrosen durch die Hernie bedingt sind, ist nur der Code für die Hernie mit Gangrän, z.B. K40.4, zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>K56.4</b> <b>K59.0</b>	Sonstige Obturation des Darmes Obstipation
<b>Frage</b>	Wie lautet die korrekte Codierung bei Koprostase ohne beschriebene Ileussymp-tomatik (Therapie mit Klysmen erfolgreich)?
<b>Antwort</b>	Im Diagnosesynonymverzeichnis bzw. alphabetischen Verzeichnis ist zwar bei Begriffen wie „Kotstauung“, „Kotstein“, „Koprostase“, „Koprolith“ als Code K56.4 angegeben. Ein Code aus K56 „Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie“ ist jedoch nur bei vorhandenen Ileuszeichen zu erfassen. Die korrekte Codierung für eine Koprostase ohne Ileussymp-tomatik ist daher K59.0 „Obstipation“.

Code	Bezeichnung
<b>K76.6</b>	Portale Hypertonie
<b>K76.7</b>	Hepatorenales Syndrom
<b>K75.4</b>	Autoimmune Hepatitis
<b>Frage</b>	Wie wird ein hepatopulmonales Syndrom in Folge einer Autoimmunhepatitis nach ICD-10 verschlüsselt?
<b>Antwort</b>	In der ICD-10 ist kein Code für das hepatopulmonale Syndrom vorhanden. Da die ICD eine ätiologische Ausrichtung hat, ist bei Vorliegen eines hepatopulmonalen Syndroms die Grundkrankheit zu verschlüsseln. Bei Vorliegen einer respiratorischen Insuffizienz ist zusätzlich J96.x zu erfassen. Ein hepatopulmonales Syndrom in Folge einer Autoimmunhepatitis mit akuter respiratorischer Insuffizienz ist daher unter K75.4 und J96.0 zu codieren.

### 2.5.13 Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)

Code	Bezeichnung
<b>M05.0–M05.9</b>	Seropositive chronische Polyarthrit
<b>M06.0–M06.99</b>	Sonstige chronische Polyarthrit
<b>M73.0–M73.8</b>	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
<b>M79.9</b>	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie sind ambulante Patient:innen mit chronisch entzündlichen Erkrankungen, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten (z.B. Antibiotika, Schmerzmedikamente), zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch wiederholte ambulante Einzelbehandlungen stellen im Regelfall keine Indikation für eine stationäre Aufnahme dar und sind daher als ambulante Fälle zu administrieren. Wenn Krankenanstaltsbedürftigkeit gegeben ist, ist die entsprechende Diagnose, z.B. M05.9, zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>M23.8</b>	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes
<b>M94.9</b>	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk?
<b>Antwort</b>	Die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk hat mit M23.8 zu erfolgen.

Code	Bezeichnung
<b>M77.3</b>	Kalkaneussporn
<b>Frage</b>	Unter welcher ICD-10-Nummer ist der Fersensporn zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Fersensporn ist unter ICD-10-Nummer M77.3 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>M85.8</b> <b>R60.9</b>	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Knochendichte und -struktur Ödem, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist bei einem Knochenmarksödem zu codieren – R60.9?
<b>Antwort</b>	Beim Knochenmarksödem handelt es sich um eine lokalisierte Veränderung der Knochendichte, häufig mit unklarer Ursache. Das Knochenmarksödem ist daher unter M85 zu subsumieren. Einen eigenen spezifischen Code gibt es nicht, daher M85.8. Dagegen sind die „klassischen“ Ödeme unter R60.9 zu codieren.

## 2.5.14 Kapitel XIV – Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)

Code	Bezeichnung
<b>N17.0–N17.9</b> <b>N18.0–N18.9</b>	Akutes Nierenversagen Chronische Nierenkrankheit
<b>Frage</b>	Wie ist bei Verschlechterung einer chronischen Niereninsuffizienz zu codieren bzw. wann ist akutes Nierenversagen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei Verschlechterung einer chronischen Niereninsuffizienz ist weiterhin unter dem entsprechenden Code aus ICD-10 N18.0–N18.9 zu codieren. Ein akutes Nierenversagen (ICD-10 N17.0–N17.9) ist ausschließlich bei einem plötzlichen (partiellen oder vollständigen) Verlust der exkretorischen Nierenfunktion zu codieren, ausgelöst z.B. durch Minderperfusion, Nephrotoxine, akute Nephropathien, Harnstauung.

Code	Bezeichnung
<b>N44</b> <b>N83.5</b>	Hodentorsion Torsion des Ovars, des Ovarstieles und der Tuba uterina
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung einer Hydatidentorsion?
<b>Antwort</b>	Die Codierung einer Hydatidentorsion bei Buben erfolgt unter ICD-10 N44, bei Mädchen unter ICD-10 N83.5

## 2.5.15 Kapitel XV – Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)

Code	Bezeichnung
<b>O30.0–O48</b>	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
<b>O60.0–O75.9</b>	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
<b>O80.0–O84.9</b>	Entbindung
<b>O85–O92.7</b>	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
<b>Frage</b>	Welche Diagnose ist als <b>Hauptdiagnose</b> auszuwählen, wenn es zu Komplikationen während der Entbindung kommt oder wenn im gleichen Aufenthalt die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und eine Geburt erfolgt?
<b>Antwort</b>	Im <b>Regelfall</b> erfolgt die Aufnahme zur Geburt und als Hauptdiagnose ist ein Code aus <b>O80–O84</b> zu codieren. Allfällige Komplikationen während der Entbindung/im Wochenbett sind als Nebendiagnose aus den anderen Codes des Kapitels XV zu dokumentieren. Nach den Regeln für die Auswahl der Hauptdiagnose ist es aber möglich, dass in <b>Ausnahmefällen</b> die Geburt zur Nebendiagnose wird, z.B. wenn die Geburt während eines längeren stationären Aufenthalts zur Behandlung einer Gestose oder von vorzeitigen Wehen erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>O68.0–O68.9</b>	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distreß [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
<b>O69.0–O69.9</b>	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen
<b>P00.0–P96.9</b>	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
<b>R09.0</b>	Asphyxie
<b>Frage</b>	Welche Diagnosen sind bei einer Entbindung zusätzlich zu codieren, wenn angegeben werden soll, dass es während der Entbindung zu einem <b>Sauerstoffmangel des Feten</b> gekommen ist?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall ist der entsprechende vierstellige Code aus <b>O68</b> zu codieren oder je nach der Ursache eine andere Diagnose aus der Gruppe <b>O60–O75</b> , z.B. ein vierstelliger Code aus O69, wenn die Ursache eine Nabelschnurkomplikation war. Die Diagnosen des Kapitels XVI „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (P00–P96) beschreiben das Kind und sind daher im Datensatz der Mutter nicht anzugeben. Auch die Diagnose R09.0 wäre nur dann zu erfassen, wenn bei der Mutter eine Asphyxie bestand.

Code	Bezeichnung
<b>O21.9</b> <b>Z34.9</b>	Erbrechen während der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet Überwachung einer normalen Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Wie sind ambulante Patientinnen mit in die HDG12.04 (Schwangerschaftskomplikationen) führenden Erkrankungen, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Mit Schwangerschaftskomplikationen werden nur Patientinnen abgerechnet, bei denen Anstaltsbedürftigkeit gegeben ist. Bei Aufnahme am selben Tag z.B. in den Kreissaal oder auf die präpartale Station ist nicht zusätzlich als 0-Tagespatient abzurechnen.

Code	Bezeichnung
<b>B37.3</b> <b>O23.0–O23.9</b> <b>O47.0–O47.9</b>	Kandidose der Vulva und der Vagina (N77.1*) Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]
<b>Frage</b>	Was ist als Hauptdiagnose zu wählen, wenn es wegen einer vaginalen Candida-Infektion zu vorzeitigen oder drohenden Wehen (Schwangerschaftwehen) kommt?
<b>Antwort</b>	Als Hauptdiagnose ist O47.9 zu wählen, als Zusatzdiagnose ist O23.0 (und bei Bedarf B37.3) anzugeben. Die Krankenanstaltenbedürftigkeit ergibt sich aus der Hauptdiagnose der vorzeitigen Wehen. Die Candidosis ist als Zusatzdiagnose zu werten und nicht der Hauptgrund für den stationären Aufenthalt.

Code	Bezeichnung
<b>O30.0–O30.9</b> <b>O84.0–O84.9</b>	Mehrlingsschwangerschaft Mehrlingsgeburt
<b>Frage</b>	Wie ist die Mehrlingsgeburt, d.h. die Entbindung von z.B. Zwillingen, zu codieren? Wann ist O30.0 als Hauptdiagnose zulässig?
<b>Antwort</b>	Die Mehrlingsgeburt ist unter O84.0–O84.9 zu codieren ( <b>Anmerkung:</b> Zusätzlich ist bei einer Entbindung die entsprechende Leistungsposition zu codieren). Die Codierung der Mehrlingsschwangerschaft als Hauptdiagnose O30.0 ist nur zulässig, wenn die Mutter nicht entbindet und die Betreuung der Mehrlingsschwangerschaft den Hauptgrund für den stationären Aufenthalt darstellt.

Code	Bezeichnung
<b>O36.0</b> <b>P55.0</b> <b>Z29.1</b>	Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung Rh-Isoimmunisierung beim Feten und Neugeborenen Immunprophylaxe
<b>Frage</b>	Wie ist die Rhesusprophylaxe peripartal bei der Mutter (bei Rh-Faktor-negativer Mutter und Rh-Faktor-positivem Kind) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Durchführung einer Rhesusprophylaxe peripartal bei der Mutter ist unter ICD-10 O36.0 (üblicherweise als Zusatzdiagnose) zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>O42.0–O42.9</b> <b>O60.0–O60.3</b> <b>O80.9</b>	Vorzeitiger Blasensprung Vorzeitige Wehen und Entbindung Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet
<b>Frage</b>	Eine Patientin wird in der 35. SSW wegen drohendem Beginn der Entbindung mit Wehen und Zervixverkürzung aufgenommen und tokolytisch und antibiotisch behandelt. In der 38. SSW wird sie ohne entbunden zu haben entlassen. Wie ist zu codieren?
<b>Antwort</b>	Als Hauptdiagnose ist O42.2 zu wählen.
<b>Frage</b>	Eine Patientin wird in der 35. SSW wegen drohendem Beginn der Entbindung mit Blasensprung, Wehen und Zervixverkürzung aufgenommen und tokolytisch und antibiotisch behandelt. In der 38. SSW entbindet sie. Wie ist zu codieren?
<b>Antwort</b>	Als Hauptdiagnose ist O42.2, als Nebendiagnose ist O80.9 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>O80.0–O80.9</b> <b>Z39.0–Z39.2</b>	Spontangeburt eines Einlings Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter
<b>Frage</b>	Wie ist eine Aufnahme zu codieren, bei der das Kind auf dem Weg in das Krankenhaus geboren wurde, die Plazenta aber schließlich im Entbindungsbereich des Krankenhauses geboren wurde?
<b>Antwort</b>	Bei einer stationären Aufnahme unmittelbar nach Entbindung des Kindes noch in der Nachgeburtsperiode – ist jeweils nur unter Z39.0 „Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung, ...“ zu codieren. ICD-10 O80.0 „Spontangeburt aus Schädellage“ und eine Leistungsposition zur Entbindung sind nur dann zu codieren, wenn die Überwachung und Leitung der Entbindung in der Krankenanstalt erfolgt, die stationäre Aufnahme also spätestens zu Beginn der Austreibungsperiode erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>O80.9</b> <b>Z39.0</b>	Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung, wenn die Mutter an einem anderem Ort (Spital, daheim, etc) als im aufnehmenden Spital entbunden hat und die Mutter nun im Wochenbett in das aufnehmende Spital nur wegen des Wochenbettes transferiert bzw. aufgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Die Codierung erfolgt mit ICD-10 Z39.0 im aufnehmenden Spital.

Code	Bezeichnung
<b>O71.4</b>	Hoher Scheidenriss unter der Geburt
<b>Frage</b>	Wann ist ein hoher Scheidenriss zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein hoher Scheidenriss ist bei Verletzung der Scheidenwand ohne Verletzung des Perineums zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>O82.0</b>	Geburt eines Einlings durch elektive Schnittentbindung
<b>Frage</b>	Wie ist die Diagnose bei einer "Wunschsectio" zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Sectio auf Wunsch der Mutter ist unter ICD O82.0 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>O85</b> <b>O90.8</b>	Puerperalfieber Sonstige Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Frage</b>	Wie ist eine Subinvolutio uteri zu codieren?
<b>Antwort</b>	Falls Fieber bei der Subinvolutio uteri vorliegt, ist die Subinvolutio uteri unter ICD-10 O85 zu codieren. Bei Subinvolutio uteri ohne Fieber ist unter ICD O90.8 zu codieren.

## 2.5.16 Kapitel XVI – Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)

Code	Bezeichnung
<b>P00.0–P96.9</b> <b>Z38.0–Z38.8</b>	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben Lebendgeborene nach dem Geburtsort
<b>Frage</b>	Wie lautet die Definition des Neugeborenen?
<b>Antwort</b>	Laut ICD-10 und Hebammengesetz ist das Neugeborene bis zur Vollendung des 28. Lebenstages definiert.

Code	Bezeichnung
<b>P23.0–P23.9</b> <b>P35.0</b>	Angeborene Pneumonie Rötelnembryopathie
<b>Frage</b>	Was ist unter P23 zu codieren? Welche Erreger sind betroffen?
<b>Antwort</b>	Unter P23.1–P23.9 sind kongenitale Pneumonien zu codieren, wobei die Angabe des Erregers an der vierten Stelle erfolgt (z.B. durch Chlamydien P23.1). Kongenitale Pneumonien durch nicht explizit aufgeführte Erreger sind unter P23.8 zu codieren, ist nichts Näheres über den Erreger bekannt unter P23.9. Einzige Ausnahme ist die kongenitale Röteln-Pneumonie, die unter P35.0 zu codieren ist.

Code	Bezeichnung
<b>P22.1</b>	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen
<b>Frage</b>	Wann ist die Codierung und Aufnahme wegen P22.1 als Hauptdiagnose zulässig?
<b>Antwort</b>	Es wird empfohlen, bei der transitorischen Tachypnoe (P22.1) bei Neugeborenen auf das Vorliegen folgender Kriterien zu achten: Inkubator, Pulsoxymeterüberwachung, intensive Überwachung und Dokumentation, (inkl. Körpertemperatur, Inkubator-temperatur, Atemfrequenz, Pulsoxymeterwerte, Sauerstoffgabe). Diese Maßnahmen müssen über mindestens acht Stunden erfolgen, sofern nicht eine Transferierung an eine Neonatologie bzw. an ein Kinderspital erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>G47.3</b> <b>P28.3</b>	Schlafapnoe Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen
<b>Frage</b>	Bis zu welchem Alter kann eine Schlafapnoe unter dem ICD-10-Code P28.3 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Codierung des ICD-10-Codes P28.3 „Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen“ ist auf die Neugeborenenperiode beschränkt. Als Neugeborenenperiode ist der Zeitraum bis zur vollendeten 4. Woche nach dem errechneten Geburtstermin definiert. Die Codierung einer Schlafapnoe jenseits dieses Lebensalters ist unter dem ICD-10-Code G47.3 „Schlafapnoe“ vorzunehmen.

### 2.5.17 Kapitel XVII – Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)

Code	Bezeichnung
<b>Q56.0–Q56.4</b>	Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus
<b>Frage</b>	Wie ist Intersexualität zu codieren?
<b>Antwort</b>	Intersexualität ist unter Q56.4 zu codieren.

### 2.5.18 Kapitel XVIII – Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)

Code	Bezeichnung
<b>R00.0–R99</b>	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
<b>Frage</b>	Wann sind diese Codes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Codes sollen grundsätzlich nur verwendet werden, wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen werden konnte, z.B. bei ambulanten Besuchen mit noch ausstehenden Untersuchungsergebnissen.
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung mit diesen Codes als Hauptdiagnose?
<b>Antwort</b>	Diese Codes sollen nur dann als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn keine codierbare Ursache (Krankheitsdiagnose) für die Symptome auffindbar ist.

Code	Bezeichnung
D37.0–D48.9 R00.0–R99	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Frage	Unter welchem Schlüssel sind Neubildungen zu codieren, die während des stationären Aufenthalts weder sicher nachgewiesen, noch sicher ausgeschlossen werden konnten (z.B. Raumforderung in der bildgebenden Diagnostik ohne weitere Abklärung wg. Multimorbidität)?
Antwort	Wenn für den Verdacht auf eine Neubildung lediglich ein Befund vorliegt, der nicht mehr weiter abgeklärt werden soll (z.B. Raumforderung in der bildgebenden Diagnostik ohne weitere Abklärung wg. Multimorbidität), dann ist dieser Befund zu codieren (z.B. R91 bei einem Lungenrundherd), wenn er die Kriterien für eine Haupt- oder Nebendiagnose erfüllt (Relevanz für den Aufenthalt gegeben?).

### 2.5.19 Kapitel XIX – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

Code	Bezeichnung
S00–S99	Codierung von Mehrfachverletzungen
Frage	Wie sind Mehrfachverletzungen zu codieren?
Antwort	Auch wenn grundsätzlich beide Möglichkeiten bestehen, sollte, wo immer dies möglich ist, eine multiple Verschlüsselung von Verletzungen erfolgen. <b>Beispiel:</b> Die Codierung eines Traumas mit Schädeldachfraktur und Unterkieferfraktur sollte je 1x unter S02.0 Schädeldachfraktur und S02.6 Unterkieferfraktur erfolgen und nicht unter S02.7 Multiple Frakturen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen. Eine Doppelcodierung mit allen drei Codes ist auszuschließen. <b>Anmerkung für Folgeaufenthalte:</b> Wenn mehrere Folgezustände unter dem gleichen T-Code erfasst werden (z.B. T90.2 Folgen einer Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen), ist dieser nur 1x zu übermitteln.

Code	Bezeichnung
S00.0–T79.9 T90–T98	Akute Verletzungen Folgen von Verletzungen
Frage	Welche Diagnose ist bei einer ambulanten Behandlungsserie zu erfassen, die akute Verletzung oder der Code für die Folgeerkrankung?
Antwort	Bei einer ambulanten Behandlungsserie (mehrere ambulante Besuche z.B. bei konservativer Frakturbehandlung) ist für alle Besuche der ICD-10 Code der akuten Verletzung zu erfassen. Das Gleiche ist der Fall, wenn die Therapie stationär beginnt (z.B. bei Osteosynthesen) und dann eine ambulante Weiterbehandlung erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>M96.6</b> <b>S72.3</b>	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte Fraktur des Femurschaftes
<b>Frage</b>	Wie ist die Diagnose "periprothetische Schaftfraktur" nach Sturz bei vorhandener Totalendoprothese der Hüfte in der ICD-10 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Fraktur des Oberschenkelschaftes ist mit einer Ausnahme immer unter S72.3 zu codieren. Die Ausnahme ist eine Fraktur des Oberschenkelschaftes die beim Einsetzen der Prothese entsteht (bzw. mit dem Einsetzen in unmittelbarem Zusammenhang steht) und unter M96.6 zu codieren ist. Alle in weiterer Folge auftretenden Frakturen – auch bei liegendem Implantat – in Folge äußerer Ursachen, z.B. nach Sturz sind unter S72.3 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>M23.0–M23.9</b> <b>S83.0–S83.7</b>	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
<b>Frage</b>	Wie lange ist bei einer Kniegelenksschädigung unter S83 zu codieren, ab wann ist unter M23 zu codieren? <b>Beispiel:</b> Patient:in hatte vor 2 Wochen einen Sportunfall, kommt aber erst jetzt zur Behandlung ins KH. Es wird nun eine Kreuzbandplastik gemacht.
<b>Antwort</b>	Bei einem Trauma in den letzten Wochen mit erstmaligem Auftreten der Symptomatik, wie im obigen Beispiel, ist unter S83.5 zu codieren. M23 Binnenschädigung des Kniegelenkes bezeichnet chronische Funktionsstörungen des Gelenkes mit anhaltender oder immer wiederkehrender Symptomatik bei länger zurückliegenden Ereignissen.

Code	Bezeichnung
<b>T80.0–T88.9</b>	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung von Komplikationen als Diagnose?
<b>Antwort</b>	Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen oder anderer ärztlicher Behandlung sind unter T80.0–T88.9 zu codieren. Davon ausgenommen sind Komplikationen, die in den Ausschlussbemerkungen des systematischen Verzeichnisses angeführt sind.

Code	Bezeichnung
<b>T81.8</b>	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Frage</b>	Wie ist ein postoperativ aufgetretenes Serom zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Serom ist ein primär steriler Hohlraum, mit Blutserum und Lymphe gefüllt, im Wundbereich gelegen. Ursache ist eine postoperative Lymphfistel. Entsprechend ist unter T81.8 zu codieren.

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.

## 2.5.20 Kapitel XXa: Exogene Noxen – Ätiologie (901–999)

Code	Bezeichnung
<b>901.9–999.9</b>	Exogene Noxen – Ätiologie
<b>Frage</b>	Bei welchen Diagnosen des Kapitels XIX „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ (S00–T98) ist die zusätzliche Dokumentation einer Diagnose des Kapitels XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“ (901–999) verpflichtend?
<b>Antwort</b>	Die Dokumentation der Ätiologie einer durch äußere Faktoren hervorgerufenen Schädigung ist bei den Diagnosen S00.0 bis T79.9 des Kapitels XIX verpflichtend vorzunehmen. Keine Verpflichtung zur Dokumentation eines 9-Codes besteht bei Diagnosen der Gruppen T80–T88 „Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung“ sowie bei T90–T98 „Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen.“

## 2.5.21 Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)

Code	Bezeichnung
<b>Z03.0–Z03.9</b>	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
<b>Frage</b>	Der Grund für die stationäre Aufnahme war der Verdacht auf eine bestimmte Erkrankung. Im Rahmen des stationären Aufenthalts wurde der Verdacht ausgeschlossen und keine andere Erkrankung diagnostiziert. Welche Diagnose ist zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist die entsprechende vierstellige Diagnose aus Z03 „Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>D38.1</b> <b>R91</b> <b>Z03.1</b>	Neubildung unsicheren oder unbekanntem 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.

Code	Bezeichnung
<b>Z29.1</b>	Immunprophylaxe
<b>Frage</b>	Wie ist eine Anti-Varicellen-Immunglobulingabe bei Varicelleninkubation des Neugeborenen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter Z29.1 „Immunprophylaxe“ beim Kind zu codieren, sofern das Kind wegen einer krankenanstaltsbedürftigen Erkrankung stationär aufgenommen ist. Andernfalls ist eine Anti-Varicellen-Immunglobulingabe bei Varicelleninkubation des Neugeborenen nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>Z24.6</b> <b>Z29.1</b> <b>Z38.0#</b>	Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis Immunprophylaxe Einling, Geburt im Krankenhaus
<b>Frage</b>	Wie ist bei einem Neugeborenen zu codieren, das bei Hepatitis-B-Infektion der Mutter (Antigen-Trägerin) eine vorbeugende Immunprophylaxe (Hepatitis-B-Impfung passiv und aktiv) erhält, sonst aber keine Krankheitszeichen hat? Die Mutter befindet sich in stationärer Pflege aufgrund der Geburt.
<b>Antwort</b>	Bei einem Neugeborenen, das bei Hepatitis-B-Infektion der Mutter (Antigen-Trägerin) eine vorbeugende Immunprophylaxe (Hepatitis-B-Impfung passiv und aktiv) erhält, sonst aber keine Krankheitszeichen hat und dessen Mutter sich in stationärer Pflege aufgrund der Geburt befindet, ist keine Aufnahme des Kindes in Spitalpflege durchzuführen. Eine Aufnahme ist nur bei Krankenanstaltenbedürftigkeit zulässig, ansonsten ist das Kind in einem mit der Mutter in Spitalpflege zu nehmen.

Code	Bezeichnung
<b>Z04.8</b> <b>Z38.0#</b> <b>Z76.1#</b>	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen Einling, Geburt im Krankenhaus Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung des Aufenthaltes eines gesunden Kindes bei der anonymen Geburt?
<b>Antwort</b>	Der Aufenthalt des Kindes bei einer anonymen Geburt ist unter Z04.8 „Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen“ zu codieren. Die Diagnosen für Lebendgeborene nach dem Geburtsort (Z38.0# bis Z38.8#), sowie die Diagnose Z76.1# „Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes“ können nur krankenanstaltenintern verwendet werden und sind nicht zu übermitteln.

Code	Bezeichnung
<b>C50.0–C50.9</b> <b>Z42.1</b>	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma
<b>Frage</b>	Welche Hauptdiagnose ist bei einem stationären Aufenthalt zur Mamma-rekonstruktion zu codieren, wenn die Karzinomresektion Jahre zurückliegt und kein Hinweis auf die Grunderkrankung vorhanden ist?
<b>Antwort</b>	Als Hauptdiagnose für den stationären Aufenthalt ist Z42.1 „Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma [Brustdrüse]“ zu codieren. Das Mammakarzinom ist nicht mehr zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>Z52.4</b>	Nierenspender
<b>Frage</b>	Wann ist diese Diagnose zu codieren? Sind hier auch ambulante Voruntersuchungen zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Z52.4 ist bei stationären Aufenthalten zur Entnahme einer Spenderniere zu codieren (Als Leistung ist JA100 – „Nephrektomie – offen (LE=je Seite)“ zu erfassen). Da es sich bei Nierenspendern meist um gesunde, vitale Personen handelt, können die Voruntersuchungen im Regelfall ambulant erfolgen und sind daher mit dem gleichen Diagnosencode auch ambulant zu administrieren.

Code	Bezeichnung
<b>Z76.9</b>	Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt
<b>Frage</b>	Können Begleitpersonen mit Z76.9 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Begleitpersonen sind nicht aufzunehmen und nicht zu codieren.

## 2.6 Codierung von ORPHAcodes

Ab 1.1.2026 ist an den gemäß ÖSG designierten Expertisezentren für seltene Erkrankungen eine verpflichtende Dokumentation von Orpha-Kennnummern (ORPHAcodes) vorzunehmen. Die Codes sind in „Satzart X03 – Diagnosen“ als Zusatzdiagnose (Diagnose-Typ „Z“) zu übermitteln. Als Hauptdiagnose des stationären Aufenthalts/ambulanten Besuchs ist ein Code aus der ICD-10 zu übermitteln.

Zur Erzielung einer hohen Datenqualität wird empfohlen, die Erfassung von ORPHAcodes auf die designierten Expertisezentren zu beschränken, da dort die Diagnosestellung erfolgt. Die Eingabe von ORPHAcodes in Krankenanstalten ohne designiertes Expertisezentrum ist nicht vorgesehen.

# 3 Leistungsdokumentation

## 3.1 Systematik des Leistungskatalogs

Der Leistungskatalog BMASGPK 2026 bildet die verbindliche Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation in Österreich im Jahr 2026.

Der Leistungskatalog umfasst stationäre und ambulante Prozeduren:

- 878 stationäre Leistungen (große Operationen etc.)
- 948 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind (CT, MR, kleine Operationen etc.)
- 321 Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen zu erfassen sind (EKG, Sonographie, ambulante Untersuchungen etc.)

Der Leistungskatalog wird als PDF-Dokument und als Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt. Im PDF-Dokument sind nur die Leistungs-codes, Leistungsbezeichnungen sowie Leistungsbeschreibungen dargestellt. Leistungen, für die bei stationären/tagesklinischen Aufenthalten keine Dokumentationspflicht besteht, sind grau-blau unterlegt.

In der Tabellendarstellung sind darüber hinaus die vollständige Achsenzuordnung und weitere Informationen dargestellt. Die Dokumentationsverpflichtung für den stationären und ambulanten Bereich ist in eigenen Spalten dargestellt.

Zusätzlich zum Leistungskatalog BMASGPK 2026 werden die folgenden Auszüge zur Verfügung gestellt:

### **Leistungskatalog BMASGPK 2026– Codierung stationär**

- 878 stationäre Leistungen
- 948 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind

### **Leistungskatalog BMASGPK 2026 – Codierung ambulant**

- 948 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind
- 321 Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen zu erfassen sind

### **3.1.1 Achsensystematik**

Die multiaxiale Systematik des Leistungskatalogs verwendet folgende Achsen:

- Anatomieachse mit Unterteilung in Anatomie grob und Anatomie fein
- Art des Zugangs
- Art der Tätigkeit

Für jede Position wurde eine Zuordnung zu den drei Achsen hinterlegt. Diese Systematik ist in den EDV-Versionen des Kataloges dargestellt und ermöglicht die Auswahl und Gruppierung der Leistungspositionen nach den oben angeführten Merkmalen. So können z.B. über die Achse Anatomie alle Eingriffe an peripheren Gefäßen oder über die Achse Zugang alle offenen Operationen gruppiert werden.

### **3.1.2 Kapitel**

Der Leistungskatalog umfasst die organbezogenen Kapitel 1 bis 11 und die methodenbezogenen Kapitel 12 bis 26 (stationärer Teil bis 22).

Innerhalb der Kapitel 1 bis 11 erfolgt die Einteilung in Unterkapitel für Operationen auf Basis der Achsensystematik sowie in andere diagnostische und therapeutische Leistungen inklusive Eingriffe (ab Unterkapitel xx.50).

### **3.1.3 Leistungscodes**

Die Codes bestehen aus fünfstelligen alphanumerischen Schlüsselnummern: einem zweistelligen Anatomiecode gefolgt von einer dreistelligen Nummer.

Der erste Buchstabe bezeichnet das Organsystem, der zweite das Organ. Innerhalb der anatomischen Struktur sind die Positionen nach der Art des Eingriffs sortiert und mit dreistelligen Nummern bezeichnet. Für die Leistungen aus dem stationären Teil des Kataloges wurde grundsätzlich der Nummernkreis von 001 bis 499 vergeben, die für die Dokumentation im ambulanten Bereich ergänzten Leistungspositionen wurden den Nummern 500 bis 999 zugeordnet. Bei den Chemotherapien wurde der gesamte Nummernbereich zwischen 000 und 999 vergeben.

Die Restklasse, also alle nicht explizit dargestellten und mit dem Begriff „sonstige“ versehenen Leistungen, ist mit der Endziffer 9 gekennzeichnet.

### 3.1.4 Leistungseinheiten

Jeder Leistungsposition ist eine Leistungseinheit aus den folgenden Kategorien zugeordnet:

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

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

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

## 3.2 Definition der Operation

Die Definition der Operation zum Zwecke der Leistungsdokumentation ist im Folgenden dargestellt:

Eine Operation ist grundsätzlich jeder Eingriff, der

- einen Schnitt und eine Naht,
- einen Schnitt ohne Naht, wenn die Naht aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist, bzw.
- eine Naht ohne Schnitt bei traumatischer Ursache erfordert.

Keine Operation stellen alle Leistungen des nichtoperativen Teils des Leistungskataloges dar. Darunter fallen folgende Leistungen, auch wenn sie unter Regional- oder Allgemein-anästhesie durchgeführt werden und unabhängig davon, wo sie durchgeführt werden:

- Diagnostische und therapeutische Endoskopien durch vorgeformte Körperöffnungen auch bei Durchführung von Biopsien

- Diagnostisches oder therapeutisches Einführen von Kathetern oder Sonden durch vorgeformte oder krankhaft entstandene Körperöffnungen
- Perkutane Entnahmen von Geweben, Körperflüssigkeiten und Luft für diagnostische und therapeutische Zwecke ohne Hautinzision
- Perkutanes Einführen von Kathetern und Sonden für diagnostische und therapeutische Zwecke, auch mit Annaht
- Versorgung von Wunden, Inzisionen oder Defekten ohne Naht
- Entfernung von oberflächlichen Haut- oder Schleimhautveränderungen ohne Naht
- Versorgung von Frakturen und Luxationen mit/ohne Gipsverbänden und/oder Extensionen
- Geschlossene Gelenkmobilisationen
- Geschlossene Korrekturen und Repositionen von angeborenen oder erworbenen Fehlstellungen von Organen und Körperteilen
- Geschlossene Entfernung von Fremdkörpern
- Eröffnung und Entleerung von Abszessen ohne Schnitt

### 3.3 Allgemeine Hinweise zur Leistungsdokumentation

Die erbrachten Leistungen sind so spezifisch wie möglich zu codieren.

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

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

#### 3.3.1 Leistungsdatum

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

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

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

### **3.3.2 Kennzeichnung der Seitenlokalisierung**

Bei allen Leistungen mit der Leistungseinheit „LE=je Seite“ ist verpflichtend die jeweilige Seite anzugeben.

Die Dokumentation erfolgt durch Angabe des Kennzeichens „R“ für rechts oder „L“ für links in der Satzart X04, Medizinische Leistung – Seitenlokalisierung.

Bei fehlender Angabe der Seitenlokalisierung wird ein Error ausgegeben.

### **3.3.3 Gestaltung und Codierung der operativen Leistungspositionen**

Die operativen Leistungspositionen sind für sich alleine erbringbar und inkludieren alle Teilleistungen des Eingriffes. Im Regelfall ist daher bei einer Operation nur eine Leistungsposition zu erfassen.

#### **Beispiel: LA100 – Einfache Osteotomie am Oberkiefer**

In dieser Leistung ist der operative Zugang, die Durchführung der Osteotomie mit Lagekorrektur, die nachfolgende Fixierung der Knochenfragmente mit Osteosynthesematerial sowie der Wundverschluss enthalten.

#### **3.3.3.1 Mehrere operative Eingriffe**

Werden in einer Sitzung mehrere im Katalog abgebildete operative Leistungen erbracht, die klar voneinander abgegrenzt sind, wie Operationen an verschiedenen Organen (z.B. Entfernung der Gaumenmandel und der Rachenmandel) oder unterschiedliche Operationen am gleichen Organ (z.B. Resektion und plastische Rekonstruktion), so ist jede dieser Leistungen zu dokumentieren.

#### **Beispiel: Tonsillektomie und Adenotomie**

##### **Codierung:**

- FA010 – Adenotomie
- FA030 – Tonsillektomie

#### **Beispiel: Explantation einer Totalendoprothese und Reimplantation einer Totalendoprothese**

##### **Codierung:**

- NE130 – Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks
- NE140 – Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks

Im Regelfall ist auf Grund der Gestaltung der Leistungspositionen keine mehrfache Codierung erforderlich.

**Anmerkung:** Vom Scoringprogramm wird ein Bepunktungshinweis ausgegeben, wenn für codierte Leistungskombinationen kein Punktezuschlag vergeben wird. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn eine Leistung bereits in der Kalkulation der anderen Leistung berücksichtigt ist, oder wenn durch die Erbringung der weiteren Leistung kein oder nur ein minimaler zusätzlicher Aufwand entsteht. Diese Regelung ersetzt finanzierungsrelevante Codiervorschriften und gilt für alle Leistungskombinationen, die sonst nicht gleichzeitig codiert werden dürften.

### **Beispiel: Arthroskopische Meniskusresektion am Kniegelenk und Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes**

#### **Codierung:**

- NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks
- NF050 – Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch

### **3.3.3.2 Diagnostik im Rahmen eines therapeutischen Eingriffs**

Die im Zuge eines operativen Eingriffs erfolgende diagnostische Inspektion ist nicht zusätzlich zu erfassen. Die operativ-diagnostischen Leistungen sind nur dann zu erfassen, wenn dieser Eingriff eigenständig durchgeführt wird und nicht zusätzlich zu einem therapeutischen Eingriff am gleichen Organ.

### **Beispiel: Bei einer arthroskopischen Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes wird nach Eingehen mit dem Arthroskop der Gelenksinnenraum inspiziert.**

#### **Codierung:**

- NF050 – Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch. Die im Zuge einer arthroskopischen Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes durchgeführte Inspektion des Kniegelenks ist nicht zusätzlich als diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks zu erfassen.

Diese Definition gilt für alle operativ-diagnostischen Leistungen wie Thorakotomie diagnostisch, Thorakoskopie diagnostisch, Laparotomie diagnostisch, Laparoskopie diagnostisch sowie Arthroskopie diagnostisch.

### **3.3.4 Codierung minimalinvasiver und minimalinvasiv assistierter Operationen**

Im Leistungskatalog wird systematisch zwischen offenen Operationen und minimalinvasiven (arthroskopischen, laparoskopischen, thorakoskopischen) Operationen unterschieden.

Minimalinvasive und minimalinvasiv assistierte Eingriffe sind unter dem jeweiligen Code für den minimalinvasiven Eingriff zu erfassen.

Wenn bei seltenen Eingriffen der minimalinvasive Eingriff nicht abgebildet ist, so ist die entsprechende Leistungsposition für den offenen Eingriff zu codieren.

Die minimalinvasiven Leistungspositionen umfassen auch die ggf. erforderliche Anlage eines vorübergehenden kleinen offenen Zugangs („Mini-open“, „Minilaparotomie“) der nicht zusätzlich zu codieren ist.

### **3.3.5 Umstieg von minimalinvasiver auf offene Operation**

Wird eine Operation als minimalinvasiver (arthroskopischer/laparoskopischer/thorakoskopischer) Eingriff geplant und begonnen, die minimalinvasive Operation abgebrochen und als offener Eingriff beendet, so sind an Stelle der minimalinvasiven Operation die offene Operation und die Leistungsposition für den Umstieg zu codieren.

**Beispiel: Durchführung einer laparoskopischen Cholezystektomie, Abbruch der laparoskopischen Operation und Entfernung der Gallenblase über einen offenen Zugang:**

- HM100 – Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung) und
- HP025 – Umstieg von laparoskopischer auf offene Operation (LE=je Sitzung)

Bei thorakoskopisch oder arthroskopisch begonnenen Operationen ist entsprechend eine der folgenden Positionen zusätzlich zur offenen Operation zu codieren:

- GF025 Umstieg von thorakoskopischer auf offene Operation (LE=je Sitzung)
- PZ025 Umstieg von arthroskopischer auf offene Operation (LE=je Sitzung)

Keinen Umstieg stellen Eingriffe dar, bei denen die Operationsmethode einen vorübergehenden offenen Zugang (Minilaparotomie, Mini-open) erfordert. Diese Eingriffe sind unter der jeweiligen Position für den laparoskopischen/arthroskopischen Eingriff zu codieren.

### 3.3.6 Explantationen

Explantationen implantierter Geräte wie Generatoren, Sonden, Portsysteme sind unter der jeweiligen sonstigen Operation zu erfassen. Die Explantation eines Herzschrittmachers im Rahmen eines Aggregatwechsels ist nicht zusätzlich zu erfassen.

#### Beispiel:

- Die Explantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit Port (z.B. Port, Perm Cath) ist unter „EK079 – Sonstige Operation – Venen“ zu codieren.

Explantationen von Endoprothesen sind unter den dafür vorgesehenen Leistungspositionen zu codieren.

### 3.3.7 Abgebrochene Operation/Intervention

Operative Eingriffe, die vor der Erbringung der eigentlichen Leistung abgebrochen werden, sind unter der jeweiligen sonstigen Operation zu codieren.

Abgebrochene Interventionen und andere Eingriffe, bei denen weder Schnitt noch Naht erfolgte, sind nicht zu codieren.

#### Beispiele:

Die Implantation eines permanenten Herzschrittmachers wird beim Versuch, die Sonde zu setzen, abgebrochen und kein Schrittmacher implantiert.

- Hier ist an Stelle der Leistung „DE080 – Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem“ die Leistung „DZ099 – Sonstige Operation – Herz und herznahe Aorta“ zu codieren.

Eine PTCA wird beim Versuch in die Leiste einzugehen abgebrochen.

- Keine Codierung.

### 3.3.8 Nicht durchgeführte Maßnahmen

Wenn sich im Rahmen der Voruntersuchungen für einen geplanten operativen Eingriff oder eine andere Maßnahme (z.B. Intervention, Chemotherapie) herausstellt, dass die Maßnahme nicht durchführbar ist, ist im Regelfall keine stationäre Aufnahme vorzunehmen.

Wenn der Gesundheitszustand eine stationäre Aufnahme erfordert, ist unter der jeweiligen Hauptdiagnose für den stationären Aufenthalt zu codieren. Die geplante, aber nicht erfolgte Maßnahme ist selbstverständlich nicht zu dokumentieren.

### **3.3.9 Codierung der Leistungen „Sonstige Operation“ und „Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie“**

Grundsätzlich sollte so spezifisch wie möglich codiert werden. Unspezifische Leistungspositionen wie „Sonstige Operation“ oder „Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie“ sind zu vermeiden und nur dann zu erfassen, wenn keine spezifischere Leistungsposition codiert werden kann.

Die „Sonstige Operation“ ist dann zu verwenden, wenn ein im Katalog nicht abgebildeter operativer Eingriff erbracht wird, der die Kriterien der Operation (Schnitt, Naht) erfüllt.

Bei ambulanten Besuchen ist analog dazu bei nicht abgebildeten konservativen Prozeduren unter „Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie“ zu codieren.

Diese Leistungspositionen sind nur zu codieren, wenn es für die erbrachte Leistung keine eigene Position gibt, und werden nicht ausgewertet.

### **3.3.10 Gestaltung und Codierung der Leistungspositionen des Kapitels 16**

Die Leistungspositionen des Kapitels 16 Invasive kardiologische Diagnostik und Therapie sind modular aufgebaut. Es sind alle erbrachten diagnostischen und therapeutischen Interventionen zu dokumentieren.

#### **Beispiel: Koronarangiographie mit PTCA eines Gefäßes und Implantation eines Stents**

##### **Codierung:**

- DD010 – Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)
- DD040 – Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß)
- DD050 – Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)

### **3.3.11 Codierung nicht abgebildeter Leistungen (mit unklarer Evidenz)**

Leistungen, die nicht explizit im Leistungskatalog enthalten sind, sind grundsätzlich nicht bzw. als sonstige Operation zu codieren. Dies gilt insbesondere für neue Leistungen mit noch unklarer Evidenz.

Dies gilt auch für ähnliche Leistungen, wenn die verwendete Methode (z.B. irreversible Elektroporation) von der abgebildeten Leistung (z.B. Radiofrequenzablation) nicht explizit umfasst ist, oder wenn Leistungen nur für bestimmte Organe abgebildet sind (z.B. Radiofrequenzablation der Leber) und an anderen Organen (z.B. der Lunge) erbracht werden.

Für die (geplante) Codierung von neuen, nicht abgebildeten Leistungen ist daher zunächst ein Vorschlag für eine neue Leistung einzubringen.

Bei fachlich etablierten Leistungen mit klarer Evidenz, die nicht explizit im Leistungskatalog abgebildet sind, kann nach einer Codieranfrage die Subsummierung unter einer vorhandenen Position erfolgen.

### **3.3.12 Bei stationären Aufenthalten nicht zu codierende Leistungen**

Die verpflichtende Leistungsdokumentation bei stationären Aufenthalten ist grundsätzlich auf ausgewählte Leistungen beschränkt. Dagegen sind bei ambulanten Kontakten alle erbrachten Positionen aus dem Leistungskatalog zu dokumentieren.

Die bei stationären Aufenthalten nicht verpflichtend zu dokumentierenden Leistungen sind im Leistungskatalog entsprechend gekennzeichnet und in der Unterlage „Leistungskatalog BMASGPK 2026 – Codierung stationär“ nicht dargestellt.

Es wird empfohlen, diese nur bei ambulanten Kontakten verpflichtend zu dokumentierenden Leistungen – wie z.B. fachspezifische Untersuchung, Elektrokardiographie, Laborleistungen – bei stationären Aufenthalten nicht zu übermitteln.

Dies gilt auch für jene Leistungen, bei denen in den kapitelbezogenen Hinweisen für die Codierung bei stationären Aufenthalten kein Code angegeben ist.

Die Übermittlung ambulanter Leistungen bei stationären Aufenthalten ist aber technisch weiterhin fehlerfrei möglich. Damit ist z.B. bei einem Fallartwechsel von ambulant zu stationär keine Änderung der Dokumentation erforderlich.

#### **3.3.12.1 Punktionen und andere Standardeingriffe**

Eingriffe wie Bülaudrainagen, Pleurapunktionen, Aszitespunktionen und andere Standardeingriffe, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Regelfall auf der Station durchgeführt werden können, werden im Rahmen der jeweiligen diagnosenbezogenen bzw. operativen Fallpauschalen für den stationären Aufenthalt abgegolten. Für diese Eingriffe sind bei stationären Aufenthalten daher keine Leistungspositionen zu dokumentieren.

### **3.3.13 Einheitliche Codierung stationär – ambulant**

#### **3.3.13.1 Codierung von kleinen operativen Eingriffen**

Die im Leistungskatalog enthaltenen Leistungspositionen für kleine Operationen sind einheitlich bei ambulanten Besuchen und stationären Aufenthalten zu erfassen. Die Codierung einer sonstigen Operation ist nur dann erforderlich, wenn die Operation unter keiner der im Katalog angeführten spezifischen Leistungspositionen erfasst werden kann.

### **Beispiel kleine Exzision an der Haut:**

- Die Codierung erfolgt sowohl stationär als auch ambulant unter „QZ525 – Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung)“.

### **3.3.13.2 Codierung von radiologisch gezielten Interventionen**

Die einheitliche Codierung gilt auch für CT-gezielte Infiltrationen und Harnleiterkatheter. Dazu wurden die beiden Leistungen „ZN570 – Infiltration – CT-gezielt (LE=je Sitzung)“ und „JC510 – Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung)“ in die Liste der stationär verpflichtend zu dokumentierenden Leistungen aufgenommen. Siehe dazu auch die Hinweise 12-664 und 12-699.

Leistungen, bei denen im Rahmen stationärer Aufenthalte bisher kein Code zu erfassen war, wie Sonographien und konventionelle Röntgen, sind bei stationären Aufenthalten auch weiterhin nicht zu codieren. In den entsprechenden Codierhinweisen wurden die für diese Leistungen bei ambulanten Kontakten zu codierenden Codes ergänzt.

### **3.3.14 Nicht landesgesundheitsfondsrelevante Leistungen**

Leistungen, die im Rahmen eines landesgesundheitsfondsrelevanten Aufenthaltes erbracht, aber nicht über den Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, sind bei der Datenmeldung in der Satzart X04 mit einem entsprechenden Qualifier (Abrechnungsrelevanz „N“ bzw. „K“) zu kennzeichnen. Siehe auch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung – Anhang 1 und 3“.

### **3.3.15 Codierung extern erbrachter Leistungen**

Extern erbrachte Leistungen im Rahmen eines durchgehenden stationären Aufenthaltes sind an der Krankenanstalt zu erfassen, an der der stationäre Aufenthalt erfolgt. Die Leistungsdokumentation erfolgt wie bei Leistungserbringung in der Krankenanstalt selbst. Bei extern erbrachten Leistungen ist in der Satzart X04 die Krankenanstaltennummer der leistungserbringenden Krankenanstalt anstelle des leistungserbringenden Funktionscodes anzugeben.

### **3.3.16 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 das Kind betreffende Diagnosen und Leistungen 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.

### 3.4 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen

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

- ZZ541 Telemedizinische fachspezifische Konsultation (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 Patient:innen, keine ambulanten Frequenzen von stationären Patient:innen 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).

#### **Wie sind telemedizinische Gespräche ohne vorherigen ambulanten Besuch zu codieren?**

Telemedizinische Leistungen ohne vorherigen ambulanten Besuch mit physischer Anwesenheit sind im Rahmen der LKF nicht zu codieren. Voraussetzung für die Codierung einer telemedizinischen Leistung ist ein vorangegangener physischer Kontakt mit anderem Datum und eine Terminvereinbarung.

Davon abweichend kann im Rahmen von Pilotversuchen auf Landesebene vereinbart werden, dass eine Dokumentation von telemedizinischen Leistungen auch ohne vorangegangenen physischen Kontakt erfolgen kann. Mit der entsprechenden Codierung kann

auch unterjährig ab dem für den Pilotversuch festgelegten Starttermin begonnen werden. Seitens des Bundes gibt es keine Vorgaben zur Genehmigung der Pilotversuche.

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

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

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

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

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

Ja. Das Krankenhaus hat generell für jede:n fondsrelevante:n Patient:in 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:die Patient:in Zeit für ein Telefonat mit dem Arzt bzw. der Ärztin 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 Patient:innen zulässig.

### **Sind telemedizinische Leistungen bei der XDok-Jahresmeldung in der Satzart K09 als Frequenzen an ambulanten Patient:innen zu melden?**

Nein, analog zu Laborleistungen (keine physische Anwesenheit).

## **3.5 Stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche mit chefarztpflichtigen Leistungen**

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

Im Regelfall sind davon stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche betroffen, bei denen eine der im Folgenden aufgelisteten Leistungen erbracht werden soll:

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>BA010</b>	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)
<b>CA010</b>	Ohranlegeplastik (LE=je Seite)
<b>GA020</b>	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung)
<b>GA040</b>	Korrektur des Nasenseptums und der äußeren Nase (Septorhinoplastik) (LE=je Sitzung)
<b>HF220</b>	Sleeve Gastrektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF230</b>	Sleeve Gastrektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HF240</b>	Magenbypass – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF250</b>	Magenbypass – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HF254</b>	Biliopankreatische Diversion – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF255</b>	Biliopankreatische Diversion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HF260</b>	Gastric banding – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF270</b>	Gastric banding – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>JH090</b>	Vasektomie (LE=je Sitzung)
<b>JJ050</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)

<b>JJ060</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>QA020</b>	Narbenkorrektur im Gesichts-/Halsbereich (LE=je Sitzung)
<b>QB010</b>	Dermolipektomie – Abdomen (LE=je Sitzung)
<b>QC010</b>	Dermolipektomie – Oberarm (LE=je Sitzung)
<b>QD010</b>	Dermolipektomie – Oberschenkel (LE=je Sitzung)
<b>QE030</b>	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
<b>QE100</b>	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE140</b>	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE160</b>	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)
<b>QE170</b>	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)
<b>QE180</b>	Mammaaugmentation (LE=je Seite)
<b>QZ030</b>	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)
<b>QZ090</b>	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)

Abhängig von den Bestimmungen des jeweiligen Versicherungsträgers ist eine Bewilligung nicht in jedem Fall bzw. auch für weitere Leistungen erforderlich.

## 3.6 Hinweise zur Plausibilitätsprüfung

### 3.6.1 Umgang mit Warnhinweisen (W, Warning)

Die vom Scoringprogramm ausgegebenen Warnhinweise beziehen sich auf Auffälligkeiten in der Dokumentation, bei denen eine Fehlcodierung anzunehmen ist.

Generell ist bei Auftreten eines Warnings die zu Grunde liegende Dokumentation zu prüfen. Als Ergebnis ist entweder die Dokumentation zu korrigieren oder ein Kommentar einzugeben, aus dem nachvollziehbar hervorgeht, warum die Dokumentation so korrekt ist. Kommentare, die keine über die Datenmeldung hinausgehende Information enthalten, wie „Leistungen tatsächlich erbracht“, „siehe Krankengeschichte“ u. Ä. sind zu vermeiden. Die Akzeptanz eines Warnings ist vom Fonds zu bestätigen bzw. vorzunehmen. Die dazu erforderlichen Unterlagen sind dem Fonds auf Anfrage zur Verfügung zu stellen.

Das Warning WM3T „Kombination medizinischer Leistungen am gleichen Tag (auf einer Seite) unplausibel“ kann grundsätzlich nur akzeptiert werden, wenn

- am gleichen Tag zwei Operationssitzungen stattgefunden haben,
- in Ausnahmefällen in der gleichen Sitzung beide Leistungen erbracht wurden und eine nachvollziehbare Begründung vorliegt.

### 3.6.2 Umgang mit Bepunktungshinweisen (H, Hinweis)

Die vom Scoringprogramm ausgegebenen Bepunktungshinweise beziehen sich auf Mehrfachcodierungen, die definitionsgemäß keinen Punktezuschlag ergeben.

Eine weitere Bearbeitung ist daher im Regelfall nicht erforderlich.

### 3.6.3 Regelwerk onkologische Therapien

Ab dem Berichtsjahr 2021 wurde ein Regelwerk in das Scoringprogramm integriert, dass bei Codierung onkologischer und zusätzlicher onkologischer Therapien (Codes beginnend mit XA, XB, XC) die Abrechnungsrelevanz prüft. Eine Bepunktung erfolgt nur bei Vorhandensein einer onkologischen Diagnose. Als onkologische Diagnosen gelten die im Hinweis 21-907 angeführten Codes. Ohne eine dieser Diagnosen (Haupt- oder Zusatzdiagnose) wird die Leistung bei der Abrechnung nicht berücksichtigt und vom Scoringprogramm ein entsprechender Hinweis ausgegeben. Dieser hat reinen Informationscharakter und braucht nicht weiter bearbeitet zu werden

## 3.7 Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung ambulant)

Code	Bezeichnung
<b>AJ510</b> <b>PF520</b>	Elektroneurographie (ENG) (LE=je Sitzung) Elektromyographie (EMG) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-942
<b>Frage</b>	Wie ist eine kombinierte EMG-ENG-Untersuchung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einer kombinierten EMG-ENG-Untersuchung sind beide Katalogpositionen zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AM510</b> <b>AM540</b> <b>ZZ540</b>	Psychiatrisches Erstgespräch und Stuserhebung (LE=je Sitzung) Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung) Fachspezifische Untersuchung (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 ZZ540 zu codieren. Werden standardisierte psychiatrische Tests herangezogen, so sind diese unter AM540 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AM520</b>	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>AM530</b>	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>AM535</b>	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>Hinweis</b>	01-943
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer klinisch-psychologischen Untersuchung unter Zuhilfenahme von standardisierten psychologischen Testverfahren zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einer klinisch-psychologischen Exploration unter Zuhilfenahme von standardisierten psychologischen Testverfahren ist das explorative Gespräch unter AM520 und die Testverfahren unter AM530 bzw. AM535 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AN520</b>	Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-978
<b>Frage</b>	Wie kann die Befundung von Schlaflabor-Geräteauswertungen codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Befundung der Daten eines mobilen Schlafapnoe-Therapiegeräts ist unter AN520 zu codieren. Dazu wird ein ambulanter Besuch ohne physische Anwesenheit mit der Leistung AN520 codiert. Voraussetzung ist eine eingehende Befundung der übermittelten Daten durch den Arzt bzw. die Ärztin sowie die Erstellung eines schriftlichen Befundberichts, der den Patient:innen übermittelt wird.

Code	Bezeichnung
<b>BB510</b>	Tränenfilmdiagnostik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-944
<b>Frage</b>	Wann ist diese Leistung zu codieren?
<b>Antwort</b>	BB510 ist zu codieren, wenn eine quantitative (z.B. Schirmertest) und/oder qualitative Untersuchung des Tränenfilms erfolgt, z.B. durch Anfärben mit Fluoreszenzfarbstoff und Beurteilung des Tränenfilms unter der Spaltlampe.

Code	Bezeichnung
<b>BE510</b> <b>BZ989</b>	Gonioskopie (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Auge (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-945
<b>Frage</b>	Wie ist eine Spaltlampenuntersuchung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Spaltlampenuntersuchung ist unter BZ989 zu codieren. BE510 darf nur codiert werden, wenn eine vollständige Ausleuchtung und Betrachtung des Augenkammerwinkels unter Zuhilfenahme eines Kontaktglases mit Spiegel erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>BZ540</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-979
<b>Frage</b>	Wie ist eine Fremdkörperentfernung durch eine Bindehautspülung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Fremdkörperentfernung durch Bindehautspülung ist unter BZ540 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>CE510</b> <b>CZ989</b>	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Ohr (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-946
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung „CE510 – Nystagmusprüfung“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	CE510 darf nur codiert werden, wenn die komplette Abklärung erfolgt, d.h. Nystagmusprüfung mittels Frenzelbrille, Provokation (Kopfschütteln), Lagerung, thermische und rotatorische Prüfung. Werden nur Teile dieser Untersuchungen bzw. der Unterberger-Tretversuch oder der Rhomberg-Stehversuch durchgeführt, so sind diese unter CZ989 zu codieren.

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>	03-980
<b>Frage</b>	Kann die Entfernung von Nasentamponaden unter GA540 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung von Nasentamponaden ist nicht unter GA540 zu codieren und kann ggf. unter GZ989 erfasst werden.
<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>GZ530</b>	Gewebsentfernung/Koagulation im Nasenrachenraum (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-958
<b>Frage</b>	Wie ist eine Radiofrequenztherapie der unteren Nasenmuschel zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die RF-Therapie der unteren Nasenmuschel ist unter GZ530 zu codieren.
<b>Hinweis</b>	03-959
<b>Frage</b>	Wie ist eine Verkleinerung des Gaumens/Gaumensegels mit Radiofrequenz zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Radiofrequenztherapie des Gaumens/Gaumensegels ist unter GZ530 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>DL510</b> <b>GL510</b> <b>GL550</b>	Ergometrie (LE=je Sitzung) Spirometrie (LE=je Sitzung) Spiroergometrie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	04-947
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Spiroergometrie (Ergospirometrie) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Spiroergometrie ist unter GL550 zu erfassen. DL510 oder GL510 sind nur bei alleiniger Ergometrie oder Spirometrie 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>EZ989</b> <b>ZE540</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Herz-Kreislaufsystem (LE=je Sitzung) Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband)
<b>Hinweis</b>	05-981
<b>Frage</b>	Ist unter ZE540 auch das Anlegen eines Kompressionsstrumpfes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Das Anziehen eines Kompressionsstrumpfes ist nicht unter ZE540 zu codieren sondern unter EZ989.

Code	Bezeichnung
<b>FC530</b> <b>FC540</b> <b>FC550</b> <b>ZE540</b>	Manuelle Lymphdrainage (LE=je Sitzung) Apparative Lymphdrainage (LE=je Sitzung) Komplexe physikalische Entstauungstherapie (LE=je Sitzung) Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband)
<b>Hinweis</b>	05-948
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungen zur Entstauungstherapie bei Lymphödem zu codieren?
<b>Antwort</b>	FC550 ist nur bei einer Kombinationsbehandlung aus manueller Lymphdrainage, entstauenden Bewegungsübungen und Kompressionsverbänden zu codieren. Bei Codierung von FC550 sind keine weiteren Leistungen zu erfassen. Bei Durchführung von Lymphdrainagen (FC530, FC540) und/oder der Anlage von Kompressionsverbänden (ZE540) sind die jeweiligen Leistungen alleine oder in Kombination zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-950
<b>Frage</b>	Wie sind ein H2-Atemtest oder ein C13-Atemtest zu codieren?
<b>Antwort</b>	Atemtests wie der H2- oder der C13-Atemtest sind unter „HZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JK030</b> <b>JZ989</b>	Curettage (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-964
<b>Frage</b>	Wie kann eine Strichcurettage codiert werden?
<b>Antwort</b>	Eine Strichcurettage ist bei ambulanten Besuchen unter „JZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Bei stationären Aufenthalten erfolgt keine Codierung. Keinesfalls ist JK030 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>JQ520</b>	Kardiotokographie (CTG) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-952
<b>Frage</b>	Wann ist JQ520 zu codieren?
<b>Antwort</b>	JQ520 ist nur dann zu codieren, wenn das CTG im Laufe der Schwangerschaft durchgeführt wird. Ein CTG unter der Geburt ist in der Entbindungsleistung enthalten und daher nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JZ530</b> <b>JZ541</b>	Zystoskopie (LE=je Sitzung) Entfernung von Fremdkörpern aus dem Harntrakt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-953
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung eines Double-J-Katheters zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung eines Double-J-Katheters ist unter JZ541 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN861</b>	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-982
<b>Frage</b>	Was ist bei der Codierung von ZN861 zu beachten?
<b>Antwort</b>	<p>Die Leistung ZN861 umfasst die in der Leistungsbeschreibung angeführten Inhalte, die Codierung weiterer Leistungen in derselben Sitzung ist nicht vorgesehen. Bei den folgenden Leistungen handelt es sich um Bestandteile der MKP-Untersuchung. Die Codierung in derselben Sitzung in derselben Ambulanz ist nicht zulässig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EM510 – Sonographie der abdominellen Gefäße (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZC520 – Sonographie im Bereich des Unterbauches/des Beckens (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN590 – Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZZ540 – Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)</li> </ul>

Code	Bezeichnung
<b>QZ525</b>	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-983
<b>Frage</b>	Wie ist die Marsupialisation eines Bartholinischen Abszesses zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Marsupialisation eines Bartholinischen Abszesses ist unter QZ525 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ650</b> <b>QZ989</b>	Entfernung von Fremdkörpern aus der Haut (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-984
<b>Frage</b>	Kann die Entfernung von Nahtmaterial unter QZ650 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung von Nahtmaterial ist nicht unter QZ650 zu codieren und kann ggf. unter QZ989 erfasst werden.

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

Code	Bezeichnung
<b>PA510</b>	Knochendichtemessung (LE=je Sitzung)
<b>ZA010</b>	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZB010</b>	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZC010</b>	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZD010</b>	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE010</b>	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-401
<b>Frage</b>	Wie ist eine Knochendichtemessung, die mit einem Computertomographen durchgeführt wird, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Jede Knochendichtemessung ist unter PA510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NE510</b>	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)
<b>PZ510</b>	Sonographie des Bewegungsapparates (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-954
<b>Frage</b>	Bis zu welchem Alter ist NE510 zu codieren?
<b>Antwort</b>	NE510 ist als Untersuchung der Säuglingshüften beschrieben und nur im ersten Lebensjahr zu codieren. Hüftuntersuchungen bei Kindern ab dem 2. Lebensjahr sind unter PZ510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM511</b> <b>ZN540</b>	Punktion der Brusthöhle (LE=je Sitzung) Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-955
<b>Frage</b>	Wie ist eine nicht ultraschallgezielte Thoraxdrainage (z.B. mit ThoraVent®) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Das Anbringen von Drainageventilen beim Pneumothorax ohne bildgebendes Verfahren ist unter ZN540 zu erfassen. ZN540 ist auch zu codieren, wenn das Anbringen ultraschallgezielt erfolgt. LM511 ist bei Punktionen ohne verbleibende Drainage zu codieren und hier nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HZ510</b> <b>ZN595</b> <b>ZN590</b>	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung) Endosonographie (LE=je Sitzung) Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-956
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistung „ZN595 – Endosonographie“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	ZN595 ist zusätzlich zur endoskopischen Untersuchung (z.B. Gastroduodenoskopie) zu codieren. Beim transvaginalen bzw. transrektalen Ultraschall ist ausschließlich ZN590 zu codieren, auch wenn diese Untersuchung gelegentlich als Endosonographie bezeichnet wird. Bei einer Bronchoskopie mit endobronchialen Ultraschall (GE012), endosonographischer Organbiopsie (ZN015) und endosonographischer Stentanlage (HF025) ist ZN595 nicht zu codieren.

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 Bepunktungs- ausschluss über die MELMEL.

Code	Bezeichnung
<b>HF030</b> <b>ZN530</b>	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung) Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage über eine präformierte Körperöffnung (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>FV046</b> <b>FV047</b>	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen peripheren Shunt (LE=je Sitzung) Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen Dialysekatheter (LE=je Sitzung)
<b>ZX510 bis</b> <b>ZX899</b>	Transfusions-/Transplantationsdiagnostik/Immungenetik (LE=je ambulantem Besuch) Sonstige Laboranalysen (LE=je ambulantem Besuch)
<b>ZZ540</b> <b>ZZ550</b> <b>ZZ573</b>	Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung) Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Stuserhebung (LE=je Sitzung) Intravenöse Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	17-949
<b>Frage</b>	Welche Leistungen sind bei ambulanten Besuchen mit Hämodialysen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei ambulanten Besuchen mit Hämodialysen ist im Regelfall nur die Leistung FV046 oder FV047 zu codieren. FV046 und FV047 umfassen alle im Zusammenhang mit der Dialyse erforderlichen Maßnahmen. Daher sind keine weiteren Leistungen zu dokumentieren. <b>Anmerkung:</b> Von der Plausibilitätsprüfung wird bei der Kombination von FV046 bzw. FV047 mit einer der Leistungen ZV510, ZX510–ZX899, ZZ540, ZZ550, ZZ573 ein Warn-/Bepunktungshinweis ausgegeben.

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, Kurzwellen, Mikrowellen. 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> <b>ZV644</b> <b>ZV648</b>	Zytologische Befundung von gynäkologischen Abstrichen (LE=je ambulantem Besuch) 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.

Code	Bezeichnung
<b>ZN870</b> <b>ZZ540</b>	Präoperative anästhesiologische Untersuchung (LE=je Sitzung) Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-986
<b>Frage</b>	Was ist bei der Codierung von ZN870 zu beachten?
<b>Antwort</b>	Die präoperative anästhesiologische Untersuchung inkludiert Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung. Bei einer präoperativen anästhesiologischen Untersuchung ist die gleichzeitige Codierung von ZZ540 im Bereich der Anästhesie nicht zulässig. Andere diagnostische Leistungen wie z.B. ein EKG können zusätzlich erfasst werden.

Code	Bezeichnung
<b>ZN881</b> <b>ZN882</b> <b>ZN883</b> <b>ZN884</b> <b>ZN885</b> <b>ZZ540</b>	Allgemeine Vorsorgeuntersuchung (LE=je Sitzung) Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (LE=je Sitzung) Vorsorgeuntersuchung – Mammographie (LE=je Sitzung) Vorsorgeuntersuchung – Koloskopie (LE=je Sitzung) Vorsorgeuntersuchung – Labor und andere (LE=je Sitzung) Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-987
<b>Frage</b>	Was ist bei der Codierung von Vorsorgeuntersuchungen zu beachten?
<b>Antwort</b>	Die Vorsorgeuntersuchungen inkludieren Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung. Bei einer Vorsorgeuntersuchung ist die gleichzeitige Codierung von ZZ540 (innerhalb des gleichen Faches) nicht zulässig. Andere diagnostische Leistungen wie z.B. ein EKG können zusätzlich erfasst werden.

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>ZZ540</b>	Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1012
<b>Frage</b>	Mit welchen Leistungen kann ZZ540 nicht erfasst werden?
<b>Antwort</b>	<p>ZZ540 ist nicht zusätzlich zu anderen Leistungen zu erfassen, die Anamnese und körperliche Untersuchung beinhalten, das sind jedenfalls:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AM510 Psychiatrisches Erstgespräch und Stuserhebung (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN860 MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN861 MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN865 MKP: Routineuntersuchung des Kindes (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN870 Präoperative anästhesiologische Untersuchung (LE=je Sitzung)</li> <li>• ZN881 bis ZN885 Vorsorgeuntersuchungen (LE=je Sitzung)</li> </ul> <p>Eine Kombination mit anderen diagnostischen/therapeutischen Leistungen wie z.B. EKG (DE510) ist möglich.</p>

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>	<p>Unter ZZ550 sind diagnostische/therapeutische Konsultationen von Therapeut:innen, Hebammen und Sozialarbeiter:innen sowie von DGKP mit spezieller Ausbildung zu erfassen.</p> <p>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.</p>

Code	Bezeichnung
<b>ZZ630</b>	Ausführliche Medikationsanalyse bei Polypharmazie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	18-988
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung ZZ630 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung ZZ630 ist nur dann zu erfassen, wenn für die Patientin/den Patienten eine detaillierte Medikationsanalyse bei Polymedikation angefordert und durchgeführt wird. Die Durchführung der detaillierten Medikationsanalyse bei Polymedikation erfolgt im Regelfall durch klinische Pharmazeuten. Die Durchführung und die Ergebnisse sind in der Patientenakte entsprechend zu dokumentieren. <b>Nicht:</b> Medikationsanalyse im Rahmen der ärztlichen Konsultation

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.

## 3.8 Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung stationär und spitalsambulant)

### 3.8.1 Kapitel 01 – Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule

#### 3.8.1.1 Gehirnschädel und Gehirn

Code	Bezeichnung
<b>AA080</b>	Entfernung einer intrazerebralen Raumforderung der Großhirnhemisphären (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-720
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine intrazerebrale Raumforderung stereotaktisch gezielt aufgesucht wird, aber nur eine teilweise Entfernung des Tumors erfolgt?
<b>Antwort</b>	Es ist unter AA080 zu codieren.

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 teilweise Ersatz sind unter AC030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AD010</b> <b>AD020</b>	Implantation einer intrakraniellen Drucksonde durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung) Anlage einer externen Ventrikeldrainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-087
<b>Frage</b>	Wie ist das Legen einer Hirndrucksonde oder einer Ventrikeldrainage im Rahmen eines anderen intrakraniellen Eingriffs zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen AD010 und AD020 sind auch im Rahmen eines anderen intrakraniellen Eingriffs zusätzlich zu codieren.

<b>Hinweis</b>	01-827
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel bzw. die Revision einer Ventrikeldrainage zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch die Revision einer Ventrikeldrainage mit Eröffnung und Verschluss der Schädeldecke ist unter AD020 zu codieren.
<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.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>AD040</b>	Entleerung eines Epiduralhämatomes (LE=je Sitzung)
<b>AD050</b>	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>AD060</b>	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-809
<b>Frage</b>	Wie ist die Ausräumung eines kraniellen Abszesses zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Ausräumung eines epiduralen kraniellen Abszesses ist unter AD040 zu codieren. Die Ausräumung eines subduralen kraniellen Abszesses ist in Abhängigkeit vom Zugang unter AD050 oder AD060 zu codieren. Die Leistungsbeschreibungen zu AD040 und AD050 werden analog zu AD060 ergänzt.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>AD050</b>	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>AD060</b>	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-093
<b>Frage</b>	Wie ist eine beidseitige Kraniotomie bei chronischem Subduralhämatom in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine beidseitige Kraniotomie bei chronischem Subduralhämatom in einer Sitzung ist 1x unter „AD060 – Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie“ zu codieren. Die Leistungseinheit ist je Sitzung definiert.

Code	Bezeichnung
<b>AA100</b>	Entfernung einer Raumforderung des Hirnstammes (LE=je Sitzung)
<b>AA110</b>	Entfernung einer intrazerebellären Raumforderung (LE=je Sitzung)
<b>AE040</b>	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus facialis (LE=je Sitzung)
<b>AE050</b>	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus trigeminus (LE=je Sitzung)
<b>AE060</b>	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression anderer Strukturen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-916
<b>Frage</b>	Wie ist die Resektion eines Akustikusneurinoms am Kleinhirn-Brücken-Winkel zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter AE060 (hier: N. vestibulocochlearis) zu codieren.
<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 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>EA030</b>	Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-094
<b>Frage</b>	Wie ist die Klippung zweier Aneurysmen des Circulus arteriosus cerebri zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „EA030 – Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas“ zu codieren. Die Leistungseinheit ist je Sitzung definiert.

Code	Bezeichnung
<b>LA040</b>	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
<b>LA050</b>	Rekonstruktion des Gehirnschädels mit einfachem Implantat (LE=je Sitzung)
<b>LA060</b>	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit CAD-Implantat (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-118
<b>Frage</b>	Wie ist eine sekundäre Defektdeckung nach osteoklastischer Trepanation zu codieren?
<b>Antwort</b>	In Abhängigkeit von dem bei der Defektdeckung verwendeten Material ist unter einer der folgenden Positionen zu codieren: „LA040 – Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit autologem Knochen“, „LA050 – Rekonstruktion des Gehirnschädels mit einfachem Implantat“, „LA060 – Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit CAD-Implantat“.

### 3.8.1.2 Implantationen

Code	Bezeichnung
<b>AA140</b>	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, einseitig (LE=je Sitzung)
<b>AA150</b>	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, beidseitig (LE=je Sitzung)
<b>AH030 bis</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
<b>AH050</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-627
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation von Elektroden und Impulsgenerator bei der Tiefenhirnstimulation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei der Elektrodenimplantation ist 1x unter AA140 oder AA150 zu codieren. Bei Implantation des Impulsgenerators ist die entsprechende Leistung aus AH030 bis AH050 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AH030 bis</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
<b>AH050</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-628
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel eines Impulsgenerators zu codieren?
<b>Antwort</b>	Der Wechsel eines Impulsgenerators ist wie die Implantation eines Impulsgenerators zu codieren. Beispiel: Der Wechsel eines einkanaligen, nicht wiederaufladbaren Impulsgenerators ist 1x unter „AH030 – Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AF030</b>	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation)
<b>AF040</b>	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation)
<b>AH030 bis</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
<b>AH050</b>	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
<b>AJ189</b>	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-824
<b>Frage</b>	Ist auch die Implantation von Testelektroden unter AF030 oder AF040 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation von Testelektroden ist nicht unter AF030 oder AF040, sondern unter „AJ189 – Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Die Leistungen AF030 bzw. AF040 sind nur dann zu erfassen, wenn eine dauerhafte Implantation erfolgt.
<b>Hinweis</b>	01-1097 (neu)
<b>Frage</b>	Ist die Codierung von AF030 bzw. AF040 auch ohne vorherige Implantation von Testelektroden zulässig?
<b>Antwort</b>	Ja, wenn eine dauerhafte Implantation erfolgt, sind die Leistungen AF030 bzw. AF040 zu erfassen. Es ist durchaus üblich, gleich die definitiven Elektroden zu implantieren und mit der Stimulation über einen Test-Impulsgenerator zu beginnen. Bei Erfolg wird dann der Impulsgenerator implantiert.

Code	Bezeichnung
<b>AF030</b> <b>AF040</b>	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation) Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	01-713
<b>Frage</b>	Bei einem chronischen Schmerzpatienten wurde ein Rückenmarkstimulationssystem implantiert. Diese Stimulation war jedoch für den Patienten höchst unangenehm, so dass im gleichen Aufenthalt die Elektroden wieder explantiert wurden und ein intrathekales Medikamentenpumpensystem implantiert wurde. Ist es zulässig die Elektrodenimplantation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Codierung der Elektrodenimplantation ist zulässig. Je nachdem, welche Elektrode implantiert wurde, ist unter AF030 (4-polig) oder AF040 (8-polig) zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AG070</b> <b>AP020</b>	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung) Implantation eines Epidural-/Intrathekalkatheters mit Port (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-101
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung eines Epiduralkatheters, eines Epidural- oder Intrathekalkatheters mit Port bzw. eines implantierbaren Pumpensystems zur Schmerztherapie?
<b>Antwort</b>	Das Legen eines Epiduralkatheters und die Schmerztherapie mit externer Pumpe über einen Epiduralkatheters sind nicht zu codieren. Die Implantation eines Langzeitepidural- oder Intrathekalkatheters und eines Portsystems ist unter AP020 zu codieren. Unter „AG070 – Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie“ ist nur die Implantation eines Systems mit implantierbarer Pumpe zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AG070</b>	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-626
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn vor der Implantation einer Schmerzpumpe eine Katheterimplantation mit temporärer Schmerztherapie erfolgt?
<b>Antwort</b>	Die Implantation des Katheters mit anschließender temporärer Schmerztherapie ist nicht zu codieren. „AG070 – Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie“ inkludiert sowohl die Implantation eines dauerhaft implantierbaren Pumpensystems als auch die vorher stattfindende Implantation des Katheters und ist nur 1x bei der Implantation des Pumpensystems zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AK060</b>	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-756
<b>Frage</b>	Kann ein intraoperatives Monitoring des N. recurrens unter „AK060 – Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus“ codiert werden?
<b>Antwort</b>	Intraoperatives Monitoring ist nicht zusätzlich zu erfassen. Unter AK060 ist ausschließlich die Implantation eines Stimulationssystems mit Impulsgenerator und Vagussonde zu erfassen.

### 3.8.1.3 Wirbelsäule, Rückenmark

Code	Bezeichnung
<b>AF020</b>	Neurolyse bei Tethered Cord Syndrom (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-852
<b>Frage</b>	Bei welchen Eingriffen ist die Leistung AF020 zu codieren? Ist diese Leistung auch zu codieren, wenn im Rahmen anderer Operationen „Neurolysen“ erfolgen?
<b>Antwort</b>	AF020 umfasst den operativen Zugang zum Rückenmark inklusive einer Eröffnung der Dura und die mikroskopische Lösung des Rückenmarks aus bestehenden Verwachsungen mit Durchtrennung des Filum terminale. Die Indikation ist das Tethered Cord Syndrom. Das Lösen von Verwachsungen im Zuge anderer Operationen an der Wirbelsäule ist nicht unter AF020 zu erfassen. Hier ist nur der entsprechende Eingriff zu codieren.
<b>Hinweis</b>	01-828
<b>Frage</b>	Kann unter AF020 auch die operative Mobilisation des Rückenmarkes durch Lösung von Verwachsungen (beispielsweise Duralyse und Neurolyse nach Voroperationen) im Rahmen von Operationen an der Wirbelsäule codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die operative Mobilisation des Rückenmarkes bzw. die Lösung von Verwachsungen im Rahmen einer Operation an der Wirbelsäule ist nicht zusätzlich zu codieren. AF020 ist nur bei Operationen in Folge eines Missbildungssyndroms assoziiert mit Tumor bzw. Syringomyelie und Arnold-Chiari-Malformation zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AF059</b> <b>AG050</b> <b>LH199</b>	Sonstige Operation – Rückenmark/Rückenmarkshäute (LE=je Sitzung) Verschluss des Rückenmarkskanals (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-709
<b>Frage</b>	Wie ist die Revision eines Liquorlecks (z.B. nach Operation eines Tumors im Bereich der Wirbelsäule) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter „AF059 – Sonstige Operation – Rückenmark/Rückenmarkshäute (LE=je Sitzung)“ zu codieren. AG050 ist entsprechend der Leistungsbeschreibung nur bei angeborenen Defekten des Neuralrohrs zu codieren (umfasst Resektion der Zele und Verschluss).

Code	Bezeichnung
<b>AG020</b>	Entfernung einer epiduralen Raumforderung im Bereich der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-871
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung AG020 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung AG020 umfasst den Zugang zur Wirbelsäule wie bei LH030/LH040 sowie die Entfernung einer intraspinalen Raumforderung (z.B. Metastase, Hämatom, Abszess) und ist nicht im Rahmen von Dekompressionen oder anderen Eingriffen zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AG020</b> <b>LZ032</b>	Entfernung einer epiduralen Raumforderung im Bereich der Wirbelsäule (LE=je Sitzung) Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-917
<b>Frage</b>	Wie ist ein Revisionseingriff mit Ausräumung eines Hämatoms im Bereich der Wirbelsäule bzw. des Rückenmarks zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Revisionseingriff mit Hämatomausräumung im Bereich der Wirbelsäule ist unter LZ032 zu erfassen. Die Leistung AG020 umfasst die Eröffnung des Spinalraums und ist nur bei der Entfernung von Raumforderungen (z.B. Metastase, Hämatom, Abszess) zu codieren, die im Spinalkanal liegen.

Code	Bezeichnung
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
Hinweis	01-829
Frage	Darf auch die Versorgung einer Fraktur der Halswirbelsäule mittels Halofixateur unter LD051 erfasst werden?
Antwort	Die Anlage eines Halofixateurs zählt zu den konservativen Methoden der Stabilisierung der HWS und ist nicht als Osteosynthese der Wirbelsäule zu erfassen. Abbildung und Abgeltung erfolgen über die Hauptdiagnose des Aufenthaltes.

Code	Bezeichnung
LH020 LH021	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung) Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-630
Frage	Wie sind „Vertebroplastien“ oder „Kyphoplastien“ zu codieren?
Antwort	„Vertebroplastien“ sind unter LH021 zu codieren, „Kyphoplastien“ sind unter LH020 zu codieren. Die Codierung dieser Eingriffe als Osteosynthese der Wirbelsäule ist nicht zulässig. Voraussetzung zur Codierung von LH021 ist die Injektion von speziellem Knochenzement in den Wirbelkörper bei Frakturen ohne vorangehende Aufrichtung. Voraussetzung zur Codierung von LH020 ist die Reposition (Aufrichtung) des Wirbels, das Schaffen eines Hohlraums und die Injektion mit niedrigem Druck. <b>Anmerkung:</b> Für die Abrechnung dieser Leistungen ist eine Genehmigung des zuständigen Fonds erforderlich.

Code	Bezeichnung
LH020 LH091	Aufrichtung und Füllung des Wirbelkörpers durch perkutane Punktion (LE=je Sitzung) 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
LH040	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-872
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einer Rezidivoperation an der Wirbelsäule zur Dekompression lumbaler Nervenwurzeln narbige Verwachsungen, Synovialzysten etc. entfernt werden müssen?
Antwort	Auch bei einer Rezidivoperation ist 1x LH040 zu codieren. Die Entfernung von narbigen Verwachsungen, Synovialzysten etc. im Rahmen anderer Eingriffe, wie z.B. der Dekompression von Spinalnerven, ist als Bestandteil der jeweiligen Leistung zu sehen und nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
LH040 LH080	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung) Dynamische interspinöse/interlaminäre Stabilisierung der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-100
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine Bandscheibe operiert und ein dorsaler, interspinöser Spacer implantiert wird?
Antwort	Die Bandscheibenoperation ist 1x unter „LH040 – Dekompression lumbaler Nervenwurzeln“ zu codieren. Die Implantation eines dorsalen, interspinösen Spacers ist 1x unter „LH080 – Dynamische interspinöse/interlaminäre Stabilisierung der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
LH060	Mikroskopisch transspinale, bilaterale Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-873
Frage	Wann ist die Leistung LH060 zu codieren?
Antwort	LH060 umfasst den minimalinvasiven, einseitigen Zugang zur Wirbelsäule, die Eröffnung des Spinalkanals und die beidseitige mikroskopische Dekompression der einengenden knöchernen und ligamentären Strukturen des Spinalkanals sowie ggf. der Neuroforamina. LH060 ist ein Sonderfall von LH030 bei Eingriffen mit minimalinvasivem (einseitigem) Zugang und beidseitiger Dekompression. In allen anderen Fällen ist LH030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
LH080	Dynamische interspinöse/interlaminäre Stabilisierung der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-099
Frage	Wie ist eine dynamische dorsale Stabilisierung der Wirbelsäule mit dorsalen interspinösen Spacern (z.B. DIAM, X-Stop, U-Stop, Coflex, Wallis) zu codieren?
Antwort	Eine dynamische dorsale Stabilisierung der Wirbelsäule ist 1x pro Sitzung unter „LH080 – Dynamische interspinöse/interlaminäre Stabilisierung der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH071	Cageimplantation an der Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-102
Frage	Wie sind die Osteosynthesen der Wirbelsäule zu codieren?
Antwort	Osteosynthesen an der zervikalen Wirbelsäule sind 1x pro Etage unter LD051 zu codieren. Osteosynthesen an der thorakolumbalen Wirbelsäule sind 1x pro Etage unter LH091 zu codieren. Die Implantation von Cages ist zusätzlich 1x je Etage unter LH071 zu codieren. <b>Beispiel:</b> PLIF (Posterior Lumbar Intervertebral Fusion) mit Stabilisierung durch Pedikelschrauben in L3/L4 und L4/L5 sowie Cageimplantation in L4/L5: LH071, Anzahl 1 sowie LH091, Anzahl 2. Osteosynthesen über 4 und mehr Etagen sind 1x je Sitzung unter LH110 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
LH071	Cageimplantation an der Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
Hinweis	01-831
Frage	Wie sind Operationen an der Wirbelsäule wie z.B. ALIF, TLIF, PLIF oder ähnliche Eingriffe mit minimalinvasivem Zugang, bei denen sowohl die Implantation eines Cages als auch eine Verschraubung des Wirbelkörpers oder der Pedikel erfolgt, zu codieren?
Antwort	Bei allen Operationen an der Wirbelsäule, bei denen sowohl eine Cageimplantation als auch eine Verschraubung der Wirbelkörper/Pedikel erfolgt, ist sowohl eine Osteosynthese (LH091 bzw. LD051) als auch eine Cageimplantation (LH071) 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>LH091</b>	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
<b>Hinweis</b>	01-801
<b>Frage</b>	Was versteht man unter einer Etage? Wie ist die Leistungsanzahl im traumatologischen Bereich zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Etage entspricht einem Bandscheibenfach mit zwei angrenzenden Wirbelkörpern. Bei der Versorgung degenerativer Veränderungen erfolgt die pedikuläre Stabilisierung an zwei benachbarten Wirbeln, z.B. L4/L5. Im traumatologischen Bereich erfolgt die Stabilisierung oberhalb und unterhalb des frakturierten Wirbels, z.B. in TH12 und L2. In beiden Fällen ist die Leistung mit der Anzahl 1 zu codieren. Im traumatologischen Bereich entspricht die Etage daher einem frakturierten Wirbelkörper.
<b>Hinweis</b>	01-961
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen an der Wirbelsäule mit Erweiterung bestehender Osteosynthesen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Erweiterungen bestehender Osteosynthesen der Wirbelsäule sind je weiterer Etage 1x unter LH091 zu codieren. Wird das bestehende Osteosynthesematerial belassen, ergibt sich die weitere Etage aus 2 neuen Pedikelschrauben und der Verbindung zur bestehenden Osteosynthese. <b>Beispiel:</b> Bestehende Osteosynthese L4/L5, Erweiterung auf L5/S1 mit zwei Pedikelschrauben in S1 und Verbindungsstäben zu L5, Codierung 1x LH091.

Code	Bezeichnung
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
Hinweis	01-1098 (neu)
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei der Revision einer Spondylodese ein Stabwechsel über mehrere Etagen ohne Austausch der Schrauben erfolgt?
Antwort	LH091 ist nur dann je Etage zu codieren, wenn sowohl Pedikelschrauben als auch Stäbe eingebracht werden. Ein Stabwechsel ohne Verlängerung und ohne Tausch der Pedikelschrauben ist nicht als vollständige Osteosynthese zu werten. Bei einem alleinigen Stabwechsel über mehrere Etagen ist LH091 mit Anzahl 1 zu erfassen.

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
LH199	Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1077
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei vorhandenen Osteosynthesen der Wirbelsäule nur ein kleiner Teil des implantierten Osteosynthesematerials getauscht wird, wie z.B. eine Schraube?
Antwort	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>LG010</b> <b>LZ033</b> <b>QZ109</b>	Resektion eines Sakralteratoms mit intraabdominalem Anteil (LE=je Sitzung) Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-105 (aktualisiert)
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation eines Sakralteratoms ohne intraabdominalen Anteil zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Operation eines Sakralteratoms ohne intraabdominalen Anteil ist 1x unter LZ033 zu codieren.

### 3.8.1.4 Periphere Nerven und Vegetativum

Code	Bezeichnung
<b>AJ140</b> <b>AK010</b>	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung) Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-853
<b>Frage</b>	Welche Eingriffe sind unter den Leistungen AJ140 bzw. AK010 zu erfassen und welche nicht?
<b>Antwort</b>	AJ140 und AK010 umfassen die perkutane Punktion, die exakte Positionierung der Sonde sowie die dauerhafte Zerstörung von Nervenfasern/Ganglien durch lokale Hitzeeinwirkung (z.B. durch Radiofrequenz). Der häufigste Eingriff dieser Art ist die Facettendeneravierung, die unter AJ140 zu erfassen ist. Im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu erfassen sind dagegen Eingriffe wie facettengelenksnahe Infiltrationen, Wurzelblockaden, Blockaden vegetativer Ganglien sowie alle anderen Eingriffe, die nicht mit einer dauerhaften Koagulation der Nervenfasern einhergehen.

Code	Bezeichnung
<b>AJ140</b> <b>AK010</b>	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung) Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-109
<b>Frage</b>	Wie sind Facettendeneravierungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Facettendeneravierungen sind 1x je Sitzung unter „AJ140 – Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
AK010	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-714
Frage	Ist die Codierung einer Stellatumblockade unter AK010 zulässig?
Antwort	„Blockaden“ des Ganglion Stellatum durch Injektion eines Lokalanästhetikums sind wie auch z.B. „Wurzelblockaden“ im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren und werden über die Hauptdiagnose abgegolten, hier über die HDG01.14. Die Leistung AK010 ist nur dann zu erfassen, wenn – wie in der Leistungsbeschreibung angeführt – eine Gewebsdestruktion durch z.B. Hitzeeinwirkung erfolgt.

Code	Bezeichnung
AJ150	Operative Destruktion schmerzleitender Fasern an Nervenwurzeln und Rückenmark (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-096
Frage	Was ist unter „AJ150 – Operative Destruktion schmerzleitender Fasern an Nervenwurzeln und Rückenmark“ zu codieren?
Antwort	Die Leistung „AJ150 – Operative Destruktion schmerzleitender Fasern an Nervenwurzeln und Rückenmark“ ist 1x pro Sitzung und nur bei den in der Beschreibung angeführten Eingriffen zu codieren: Chirurgisches Durchtrennen der zentralen Schmerzbahn (Chordotomie) oder der Nervenwurzeln des Hinterhorns (dorsale Rhizotomie, selektive dorsale Rhizotomie). Nicht: Facettendeneravierung. Dabei handelt es sich um offene Eingriffe mit operativer Freilegung der Spinalwurzeln bzw. des Rückenmarks und Durchtrennung der entsprechenden Nervenbahnen.

Code	Bezeichnung
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>AJ090</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)
<b>AJ100</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>AJ110</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
<b>AJ120</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	01-106
<b>Frage</b>	Wie ist die Dekompression peripherer Nerven zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Dekompression peripherer Nerven (AJ070–AJ120) ist 1x je Seite zu codieren. Die Dekompression eines peripheren Nerven ist nicht zu codieren, wenn zur Schonung eines Nerven im Zuge eines anderen Eingriffs eine Freilegung und intraoperative Verlagerung erforderlich ist.

Code	Bezeichnung
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	01-631
<b>Frage</b>	Wie ist eine beidseitige Operation bei Karpaltunnelsyndrom zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine offene Dekompression des rechten und linken Nervus medianus ist unter „AJ070 – Dekompression des Nervus medianus – offen“ mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AJ110</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
<b>AJ130</b>	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)
<b>AJ189</b>	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-930
<b>Frage</b>	Wie sind Neurektomien (z.B. beim Morton-Neurom) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Neurektomien peripherer Nerven sind unter AJ189 zu codieren. AJ110 ist zu codieren, wenn eine Dekompression durch Spaltung/Entfernung einengender Strukturen (z.B. Spaltung des Retinaculum flexorum) erfolgt. AJ130 ist zu codieren, wenn eine mikrochirurgische Tumorsektion unter Schonung des Nerven z.B. bei Neurofibrom, Schwannom erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>AK010</b>	Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-793
<b>Frage</b>	Ist unter AK010 auch eine chemische Destruktion durch Injektion von Alkohol oder anderen Substanzen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter AK010 ist nur eine perkutane Thermokoagulation zu codieren. Injektionen und Instillationen sind im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>AK050</b>	Thorakale oder lumbale Sympathektomie – thorakoskopisch/laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-149
<b>Frage</b>	Wie ist eine thorakoskopische Sympathektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Sitzung unter „AK050 – Thorakale oder lumbale Sympathektomie – thorakoskopisch/laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AK060</b>	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	01-854
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel eines Impulsgenerators bei einem System zur Stimulation des Nervus vagus zu codieren?
<b>Antwort</b>	Da keine eigene Position für den Generatortausch existiert, ist auch beim Wechsel des Impulsgenerators die MEL AK060 zu codieren. Allgemein gilt: Wenn keine eigene Leistungsposition für den Wechsel bzw. die Reimplantation vorhanden ist, ist die Leistungsposition für die Implantation auch bei einem Wechsel bzw. einer Reimplantation zu codieren.

### 3.8.2 Kapitel 02 – Augen und Orbita

Code	Bezeichnung
<b>BA010</b> <b>BA540</b>	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite) Inzisionen/Exzisionen an den Lidern/Augenbrauen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-112
<b>Frage</b>	Was ist unter „BA010 – Korrektur des Augenlids“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter „BA010 – Korrektur des Augenlids“ sind plastische Korrekturen von Lidfehlstellungen oder funktionellen Veränderungen des Lidapparates, wie z.B. der Versorgung eines Entropiums oder Ektropiums zu codieren. Inzisionen und Exzisionen am Augenlid bei denen ein primärer Wundverschluss erfolgt (bei z.B. Lidcysten, Xanthelasma, Lidwarzen, Basaliomen, Lidabszess) sind unter „BA540 – Inzisionen/Exzisionen an den Lidern/Augenbrauen (LE=je Sitzung)“ zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>BA010</b> <b>BA020</b>	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite) Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-113
<b>Frage</b>	Wie ist eine Blepharoplastik zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Blepharoplastik ist 1x pro Seite unter „BA010 – Korrektur des Augenlids“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BA020</b>	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-110
<b>Frage</b>	Wie ist eine plastische Rekonstruktion an beiden Augenbrauen in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Seite unter „BA020 – Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen“ zu codieren. Die Leistungseinheiten bei Operationen an paarigen Organen (Auge, Ohr, Mamma und Extremitäten) sind generell je Seite definiert.

Code	Bezeichnung
<b>BA020</b>	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-111
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine plastische Operation beidseits an den Ober- und Unterlidern sowie an den Augenbrauen durchgeführt wurde?
<b>Antwort</b>	Bei Durchführung einer plastischen Operation beidseits an den Ober- und Unterlidern sowie an den Augenbrauen in einer Sitzung ist 1x pro Seite unter „BA020 – Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BB010</b>	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Seite)
<b>BB020</b>	Rekonstruktion der Tränenwege – endoskopisch, endoluminal (LE=je Seite)
<b>BB520</b>	Sondierung und Spülung der Tränenwege (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-689
<b>Frage</b>	Kann eine Tränenwegssondierung unter BB010 oder BB020 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Eine Tränenwegssondierung ist im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren (ambulant BB520). Unter BB010 sind nur offen chirurgische Eingriffe zu codieren, bei denen eine Rekonstruktion der Tränenwege erfolgt, wie z.B. eine Dakryozystorhinostomie oder Dakryorhinostomie. Unter BB020 sind die entsprechenden endoskopischen Eingriffe zu codieren. Eine Dakryozystotomie (=Eröffnung des Tränensacks durch Schnitt) ist unter „BB039 – Sonstige Operation – Tränenapparat (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BD010</b>	Keratotomie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-990
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation eines Keratokonus mittels "Corneal Crosslinking" zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Operation eines Keratokonus mittels "Corneal Crosslinking" ist unter BD010 zu codieren.

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>BF015</b>	Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-719
<b>Frage</b>	Wie ist eine "clear-lense-extraction" zu codieren?
<b>Antwort</b>	Der beschriebene Eingriff ist unter BF015 zu codieren. Durchführung: Phakoemulsifikation, Kunstlinse wird durch die kleine periphere Öffnung mit einem speziellen Instrument in den vollständig geleerten Kapselsack „injiziert“. Entspricht vom Procedere her einer Katarakt-OP, allerdings wird hier die ungetrübte Linse entfernt. Indikation: Weitsichtigkeit von mehr als ca. +8 dpt, Kurzsichtigkeit ab ca. -20 dpt

Code	Bezeichnung
<b>BF030</b>	Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-114
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation einer Artisanlinse zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation einer Artisanlinse ist 1x pro Seite unter „BF030 – Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BG011</b> <b>BG550</b>	Laserkoagulation der Retina (LE=je Seite) Lasertherapie am hinteren Augenabschnitt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	02-116
<b>Frage</b>	Wie sind Laserkoagulationen der Netzhaut zu codieren?
<b>Antwort</b>	Laserkoagulationen der Netzhaut sind unter BG011 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BH020</b>	Silikonölentfernung (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-855
<b>Frage</b>	Ist die Entfernung von Restmembranen im Rahmen einer Silikonölentfernung zusätzlich zu BH020 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung der Restmembranen im Rahmen einer Silikonölentfernung ist nicht zusätzlich zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>BH010</b> <b>BH079</b>	Bulbusnaht (LE=je Seite) Sonstige Operation – Augapfel (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-991
<b>Frage</b>	Wie ist eine Bindehautnaht nach Verletzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Bindehautnaht nach Verletzung ist unter BH079 zu codieren. BH010 ist nur bei einer Naht und primären Versorgung bei perforierenden Verletzungen des Augapfels zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>BJ020</b> <b>BJ030</b>	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite) Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	02-832
<b>Frage</b>	Wie ist die isolierte Operation eines schrägen Augenmuskels zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die isolierte Operation eines schrägen Augenmuskels ist unter BJ030 zu codieren.

### 3.8.3 Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtschädel, Hals

#### 3.8.3.1 Ohr

Code	Bezeichnung
<b>CA040</b>	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	03-895
<b>Frage</b>	Muss für die Codierung von „CA040 – Resektion am äußeren Gehörgang“ eine Abtragung am Knochen erfolgen oder genügt es, an der Haut zu operieren und den darunter liegenden Knochen unangetastet zu lassen?
<b>Antwort</b>	Für die Codierung von „CA040 – Resektion am äußeren Gehörgang“ ist eine Abtragung am Knochen erforderlich. Oberflächliche Exzisionen sind hier nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>CB010</b>	Paracentese (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	03-120
<b>Frage</b>	Wie ist eine ein- oder beidseitige Paracentese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Paracentese ist 1x pro Seite unter „CB010 – Paracentese“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>CB020</b>	Myringoplastik (LE=je Seite)
<b>CB030</b>	Tympanoplastik mit Kettenrekonstruktion (LE=je Seite)
<b>CB050</b>	Revision des Mastoids (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	03-119
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Revision des Mastoids und des Mittelohrs mit Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Revision des Mastoids ist 1x pro Seite unter „CB050 – Revision des Mastoids“ zu codieren. Die Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette ist 1x pro Seite unter „CB030 – Tympanoplastik mit Kettenrekonstruktion“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>CB050</b>	Revision des Mastoids (LE=je Seite)
<b>CB089</b>	Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung)
<b>CC010</b>	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.

### 3.8.3.2 Nase und Nebenhöhlen

Code	Bezeichnung
<b>GA020</b>	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung)
<b>PZ520</b>	Reposition bzw. Repositionsversuch (LE=je Applikation/Prothese/Stent)
<b>Hinweis</b>	03-123
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung der Aufrichtung der Nase ohne Operation?
<b>Antwort</b>	Die Aufrichtung der Nase ohne Durchführung einer Operation (d.h. ohne Schnitt und Naht) ist im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren (ambulant PZ520).

Code	Bezeichnung
<b>GA030</b>	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung)
<b>GB020</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GB040</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-129
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Operation an den Nasennebenhöhlen ein Nasensporn entfernt wird?
<b>Antwort</b>	Die Operation an den Nasennebenhöhlen ist 1x pro Sitzung unter z.B. „GB020 – Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Die Entfernung eines knöchernen Nasensorns im Zuge einer Operation an den Nasennebenhöhlen ist nicht zusätzlich unter „GA030 – Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>GB010</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – offen (LE=je Sitzung)
<b>GB020</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GB030</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – offen (LE=je Sitzung)
<b>GB040</b>	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-128
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer endoskopischen Operation an den Nasennebenhöhlen mit Umstieg auf eine offene Operation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei Umstieg von einer endoskopischen auf eine offene Operation an den Nasennebenhöhlen ist nur die offene Operation, z.B. GB010, zu codieren. Dies gilt auch dann, wenn z.B. auf der linken Seite endoskopisch und auf der rechten Seite offen operiert wird.

### 3.8.3.3 Mundhöhle, Speicheldrüsen

Code	Bezeichnung
<b>HA030</b>	Lippenverschluss, Gaumenverschluss, Fistelverschluss (LE=je Sitzung)
<b>HA069</b>	Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)
<b>HA520</b>	Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-134
<b>Frage</b>	Wie ist die Durchtrennung des Zungenbändchens bei einer Frenulum-linguae-Verkürzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Durchtrennung des Zungenbändchens ist 1x unter HA520 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HA069</b>	Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-993
<b>Frage</b>	Wie ist die Replantation eines oder mehrerer Zähne zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Replantation eines oder mehrerer Zähne ist unter HA069 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HC010</b>	Teilresektion der Parotis (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-133
<b>Frage</b>	Wie ist eine Exstirpation eines gutartigen Parotistumors zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Exstirpation eines gutartigen Parotistumors ist unter „HC010 – Teilresektion der Parotis“ zu codieren.

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>HD100</b>	Uvulo-Palato-Pharyngealplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-874
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung HD100 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung HD100 ist nur dann zu erfassen, wenn eine vollständige UPPP erfolgt. Diese umfasst die Entfernung der Gaumenmandeln und eine plastische Modellierung des Gaumens durch Schnitte und Raffnähte sowie eine Kürzung der Uvula und eine Raffung des Webblings seitlich der Uvula. Dagegen sind Eingriffe, bei denen lediglich eine Kürzung der Uvula und eine Abtragung/Raffung des Webblings durchgeführt wird, bzw. Eingriffe wie die Uvulopalatoplastik (UPP) und Ihre Varianten (LAUP etc.) nicht unter HD100 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LB080</b>	(aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-131
<b>Frage</b>	Wie ist eine Alveolarkammplastik mit Unterkieferosteotomie und Einsetzen von 2 Endodistraktionsgeräten zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „LB080 – (aufbauende) Alveolarkammplastik“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LB080</b>	(Aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-1099 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist ein Sinuslift bei Atrophie des Oberkiefers zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Sinuslift mit Einlagerung von Eigenknochen und/oder Knochenersatzmaterial in die Kieferhöhle ist unter LB080 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LB080</b>	(aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-132
<b>Frage</b>	Ist bei einer Alveolarkammplastik eine Spongiosaplastik oder die Verwendung von Knochenersatzmaterialien inkludiert?
<b>Antwort</b>	Eine Spongiosaplastik oder die Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder von Distraktionssystemen ist Bestandteil dieser Leistung.

Code	Bezeichnung
<b>LZ100</b>	Operative Entfernung mehrerer retinierter Zähne/eines dystopen Zahnes (LE=je Sitzung)
<b>LZ520</b>	Entfernung eines retinierten Zahnes (LE=je Zahn)
<b>Hinweis</b>	03-903
<b>Frage</b>	Unter welcher Leistung ist die Entfernung retinierter Zähne zu codieren? Was ist bei der Codierung dieser Leistungen zu beachten?
<b>Antwort</b>	Die operative Freilegung und Entfernung eines einzelnen retinierten, aber nicht dystop gelegenen Zahnes ist unter LZ520 zu codieren. Diese Codierung gilt auch im Rahmen von tagesklinischen/stationären Aufenthalten. LZ100 ist nur zu codieren, wenn entweder eine operative Freilegung und Entfernung von mindestens 2 retinierten Zähnen erfolgt oder mindestens ein dystop (in Kieferhöhle, Jochbeinregion, aufsteigendem Unterkieferast) gelegener Zahn entfernt wird. Die Eröffnung der Kieferhöhle oder eine Osteotomie ist nicht zusätzlich zu verschlüsseln.

### 3.8.3.4 Tonsillen, Pharynx, Larynx und Trachea

Code	Bezeichnung
<b>FA010</b>	Adenotomie (LE=je Sitzung)
<b>FA020</b>	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)
<b>FA030</b>	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-135
<b>Frage</b>	Wie sind Tonsillektomien und Adenotomien zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Tonsillektomie ist 1x pro Sitzung unter „FA030 – Tonsillektomie“ zu codieren. Eine bei Kindern statt einer Tonsillektomie durchgeführte Tonsillotomie ist 1x pro Sitzung unter „FA020 – Tonsillotomie“ zu codieren. Eine Adenotomie ist 1x pro Sitzung unter „FA010 – Adenotomie“ zu codieren. Bei gleichzeitiger Tonsillektomie und Adenotomie ist je 1x unter „FA030 – Tonsillektomie“ und „FA010 – Adenotomie“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FA020</b>	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)
<b>FA030</b>	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-896
<b>Frage</b>	Ist eine „intrakapsuläre Tonsillektomie“ unter FA020 Tonsillotomie oder unter FA030 Tonsillektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Der Begriff „intrakapsuläre Tonsillektomie“ ist ein Synonym für „Tonsillotomie“. Sie ist unter FA020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FA020</b> <b>GC010</b>	Tonsillotomie (LE=je Sitzung) Resektion von Raumforderungen am Epipharynx (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-139
<b>Frage</b>	Wie kann eine defokussierte CO2-Laservaporisation von Tonsillen bzw. Rachenmandeln codiert werden?
<b>Antwort</b>	Eine Laservaporisation der Tonsille ist 1x unter „FA020 – Tonsillotomie“ zu codieren. Eine Laservaporisation der Rachenmandel ist 1x unter „FA010 – Adenotomie“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FA040</b>	Operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Tonsillotomie/Adenotomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-140
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung zwei blutende Läsionen nach einer Tonsillektomie nachversorgt werden?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „FA040 – Operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Tonsillotomie/Adenotomie (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>GD035</b>	Mikrochirurgischer Eingriff am Larynx (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-897
<b>Frage</b>	Ist die intralaryngeale Injektion unter GD035 zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Injektion von Medikamenten in die Stimmlippen ist wie alle anderen Injektionen von Medikamenten (Ausnahme „BG030 – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF“) im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>GD050</b> <b>GD060</b> <b>GD080</b>	Teilresektion des Larynx (LE=je Sitzung) Totalresektion des Larynx (LE=je Sitzung) Rekonstruktion des Larynx (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-143
<b>Frage</b>	Wie ist eine Laryngektomie mit Myotomie und Einnähen einer Sprachprothese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Laryngektomie ist 1x unter „GD050 – Teilresektion des Larynx“ oder 1x „GD060 – Totalresektion des Larynx“ zu codieren. Das Einnähen einer Sprechprothese ist 1x unter „GD080 – Rekonstruktion des Larynx“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HD060</b> <b>HD129</b>	Resektion von Raumforderungen am Oro-/Hypopharynx (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Pharynx, Tonsillen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-795
<b>Frage</b>	Wie ist eine Abtragung und Vaporisation von hypertrophem Gewebe im Bereich der Seitenstränge zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Abtragung und Vaporisation von hypertrophem Gewebe im Bereich der Seitenstränge ist unter HD129 zu codieren. Die Leistung HD060 ist nur dann zu codieren, wenn eine Tumorresektion erfolgt. Der Begriff der Raumforderung in der Leistungsbeschreibung ist im Sinne einer Neubildung zu verstehen und nicht auf chronisch-entzündlich verändertes Gewebe anzuwenden.

Code	Bezeichnung
<b>GE089</b> <b>GE080</b> <b>GE081</b>	Sonstige Operation – Trachea (LE=je Sitzung) Tracheotomie – offen (LE = je Sitzung) Tracheotomie – perkutan (LE = je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	03-145
<b>Frage</b>	Wie ist eine Tracheotomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine offene Tracheotomie ist unter „GE080 Tracheotomie – offen (LE = je Sitzung)“ zu codieren, eine endoskopische Dilatationstracheotomie ist unter „GE081 Tracheotomie – perkutan (LE = je Sitzung)“ zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Im TISS-28 ist das Item Intervention einfach (Intervention mehrfach bei weiteren Interventionen) zu erfassen.

### 3.8.4 Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax

Code	Bezeichnung
<b>GF040</b> <b>GF050</b> <b>GG015</b>	Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Pleurektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	04-150
<b>Frage</b>	Wie ist eine Pleurodese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Pleurodese durch Poudrage mit thorakoskopischem Zugang ist 1x unter „GF040 – Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)“ zu codieren, bei offenem Zugang ist „GF050 – Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>GF070</b>	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF080</b>	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF091</b>	Anatomische Segmentresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF092</b>	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>GF050</b>	Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>LJ059</b>	Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)
<b>ZN540</b>	Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	04-834
<b>Frage</b>	Wie ist die Anlage einer Büllau-Drainage über Minithorakotomie zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Minithorakotomie ist unter LJ059 zu erfassen. Für die Büllau-Drainage selbst ist bei stationären Aufenthalten keine Leistungsposition zu dokumentieren. Solche Eingriffe werden im Rahmen der jeweiligen Fallpauschalen für den stationären Aufenthalt abgegolten. Bei ambulanten Besuchen ist das Anlegen einer Thoraxdrainage unter ZN540 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>GF060</b> <b>LJ059</b>	Rethorakotomie nach operativem Eingriff (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	04-148
<b>Frage</b>	Sind sekundäre Wundverschlüsse nach thorakalen Operationen am Folgetag als Rethorakotomie oder als sonstige Operation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung „GF060 – Rethorakotomie nach operativem Eingriff“ beinhaltet das Eröffnen des Thorax und eine thorakale Revision. Eine Wiedereröffnung des Thorax unter Entfernung von Kunststoffpatches mit Revision des Mediastinums ist unter GF060 zu codieren. Dagegen ist ein sekundärer Wundverschluss des Thorax im Anschluss an einen anderen thorakalen Eingriff unter „LJ059 – Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand“ zu codieren.

### 3.8.5 Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem

#### 3.8.5.1 Herz und Aorta

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.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>DA080</b>	Perkutaner Verschluss von Defekten des intrakardialen Septums (ASD, VSD) (LE=je Sitzung)
<b>DA110</b>	Korrektur angeborener Herzfehler mit HLM (isolierter ASD, isolierter VSD) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-835
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation eines erworbenen Defektes des Herzseptums oder eines anderen erworbenen Vitiums mit Herzlungenmaschine zu codieren? Kann hier DA110 erfasst werden, obwohl der Defekt nicht angeboren ist, oder soll unter DA080 codiert werden?
<b>Antwort</b>	Ein offen-chirurgischer Verschluss des Vorhofseptums mit Einsatz einer HLM ist unter DA110 zu erfassen. Voraussetzung zur Codierung ist die Korrektur des Septumdefekts am offenen Herzen unter Einsatz einer HLM. Es muss sich nicht um einen angeborenen Septumdefekt handeln. Dagegen ist DA080 nur bei perkutanem Septumverschluss zu erfassen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>DA110</b>	Korrektur angeborener Herzfehler mit Herzlungenmaschine (isolierter ASD, isolierter VSD) (LE=je Sitzung)
<b>DA120</b>	Korrektur angeborener komplexer Herzfehler mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-994
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungen DA110/DA120 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen DA110/DA120 sind im Kindesalter und an Stelle anderer Herzoperationen zu codieren. Die gleichzeitige Codierung mit anderen Operationen am Herzen ist nicht zulässig. Bei Folgeoperationen im Erwachsenenalter sind die Leistungen DA110/DA120 im Regelfall nicht mehr zu codieren. Stattdessen sind die durchgeführten Operationen an den Herzklappen zu codieren. Begleitende Eingriffe, z.B. an den umgebenden Gefäßen oder am Septum, sind nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>DB070</b>	Ersatz der Aortenklappe mit stentloser Klappe (LE=je Sitzung)
<b>DB080</b>	Ersatz der Aortenklappe mit gestenteter Klappe (LE=je Sitzung)
<b>DB025</b>	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)
<b>DB026</b>	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-633
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn die Aortenklappe an Stelle einer offenen Operation im Rahmen eines minimalinvasiven Eingriffs ersetzt wird?
<b>Antwort</b>	Die minimalinvasive Implantation der Aortenklappe ist unter „DB025 – Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal“ bzw. „DB026 – Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär“ zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Für die Abrechnung der Leistung ist eine Genehmigung des zuständigen Fonds erforderlich.

Code	Bezeichnung
<b>DC010</b>	Perikardfensterung – offen (LE=je Sitzung)
<b>DC020</b>	Perikardfensterung – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-931
<b>Frage</b>	Wann sind diese Leistungen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Wenn über einen kleinen subxiphoidalen oder thorakoskopischen Zugang eine Eröffnung und die Bildung eines Fensters durch Resektion eines Perikardstücks erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>DD120</b>	Anlage eines koronaren Einfachbypasses ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>DD130</b>	Anlage eines koronaren Einfachbypasses mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>DD140</b>	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>DD150</b>	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
<b>DD180</b>	Anlage eines koronaren Einfachbypasses ohne Herzlungenmaschine– minimalinvasiv (LE=je Sitzung)
<b>DD190</b>	Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit Herzlungenmaschine – minimalinvasiv (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-170
<b>Frage</b>	Ist die Venenentnahme im Zuge einer koronaren oder peripheren Bypassoperation zusätzlich zu codieren, z.B. unter „EK079 – Sonstige Operation – Venen“?
<b>Antwort</b>	Die Entnahme von Venen im Zuge einer koronaren oder peripheren Bypassoperation ist ein Bestandteil des Eingriffs und daher nicht zu codieren.

<b>Hinweis</b>	05-780
<b>Frage</b>	Wie ist ein koronarer Einfachbypass mit freiem Arteria-mammaria-interna-Transplantat zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Anlage eines koronaren Einfachbypasses mit Mammariabypass ist unter DD120 (ohne HLM) oder DD130 (mit HLM) zu codieren, auch wenn ein freies Mammaria-interna-Transplantat verwendet wird.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>DE070</b>	Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-169
<b>Frage</b>	Ist hier auch das Anlegen eines Eventrecorders zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, DE070 ist ausschließlich bei der Implantation eines kardialen Monitors zu codieren und nicht bei externer Ableitung. Nicht-invasive diagnostische Maßnahmen wie EKG und Langzeit-EKG sind im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren. Ebenso wenig das Anlegen von Elektroden und der Anschluss eines externen Event Recorders bzw. die Auswertung der Daten. Dies gilt unabhängig vom untersuchten Zeitraum. Diese Prozeduren stellen typische ambulante Leistungen dar und sind als solche kein Grund für eine stationäre Aufnahme. Die Abgeltung im Rahmen stationärer Aufenthalte erbrachter EKG-Leistungen erfolgt über die Fallpauschalen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>DE130</b> <b>DE150</b>	Wechsel kardialer Schrittmachersonden (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-662
<b>Frage</b>	Wie ist ein Aggregatwechsel bei einem Umstieg von einem Ein- auf ein Zweikammersystem zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter DE150 zu codieren. Beim Wechsel eines Schrittmachers ist immer der Aggregatwechsel auf jenes System zu codieren, das implantiert wurde. Wird darüber hinaus auch die Sonde gewechselt, ist zusätzlich „DE130 – Wechsel kardialer Schrittmachersonden“ zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>DL051</b>	Implantation eines intrakorporalen univentrikulären Systems zur langfristigen Herzunterstützung (LE=je Sitzung)
<b>DL052</b>	Implantation eines intrakorporalen biventrikulären Systems zur langfristigen Herzunterstützung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-1100 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation eines intrakorporalen Systems zur langfristigen Herzunterstützung mit zwei Pumpen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation eines intrakorporalen Systems zur langfristigen Herzunterstützung mit zwei Pumpen ist unter DL051 mit der Anzahl 2 zu erfassen. Das dabei resultierende Warning ist bei der Implantation von zwei Pumpen zu akzeptieren.

Code	Bezeichnung
<b>DZ060</b>	Naht einer Verletzung des Herzens (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-759
<b>Frage</b>	Wie ist eine Perikardplastik (nach Unfall, Zugang: Sternotomie und/oder Thorakotomie) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter „DZ060 – Naht einer Verletzung des Herzens (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>DZ099</b>	Sonstige Operation – Herz und herznahe Aorta (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-171
<b>Frage</b>	Wie ist eine Probeexzision am Perikard zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Probeexzision am Perikard ist 1x je Sitzung unter „DZ099 – Sonstige Operation – Herz und herznahe Aorta“ zu codieren.

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 subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>GL050</b> <b>GL060</b>	Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Behandlungstag) Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-932
<b>Frage</b>	Wie sind die Implantation und der Betrieb eines Systems zur interventionellen extrakorporalen Lungenunterstützung (Interventional Lung Assist, ILA) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation eines Systems zur interventionellen extrakorporalen Lungenunterstützung (ILA) ist unter GL060 zu erfassen. Dies gilt auch dann, wenn die Implantation auf der Intensivereinheit erfolgt. Der Betrieb des Systems ist täglich unter GL050 zu codieren.

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

### 3.8.5.2 Periphere Gefäße

Code	Bezeichnung
<b>EF070</b>	Extraanatomische chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
<b>EF080</b>	Extraanatomische chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Prothese (LE=je Seite)
<b>EF090</b>	Chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
<b>EF100</b>	Chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Prothese (LE=je Seite)
<b>EF110</b>	Chirurgische Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
<b>EF120</b>	Chirurgische Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit Prothese (LE=je Seite)
<b>EF130</b>	Chirurgische Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
<b>EF140</b>	Chirurgische Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit Prothese (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-174
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungspositionen bei der Rekonstruktion peripherer Arterien zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Die Leistungspositionen zur Rekonstruktion peripherer Arterien sind 1x unter der jeweiligen Leistungsposition zu codieren die den distalen, durch das Interponat revaskularisierten Gefäßabschnitt bezeichnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein axillofemorale Bypass ist 1x unter EF070 oder EF080 zu codieren,</li> <li>• ein femorofemorale Bypass ist 1x unter EF090 oder EF100 zu codieren,</li> <li>• ein femoropopliteale Bypass I-III ist 1x unter EF110 oder EF120 zu codieren,</li> <li>• ein femorocrurale oder femorotibiale Bypass ist 1x unter EF130 oder EF140 zu codieren.</li> </ul> <p>Wenn eine Rekonstruktion über mehrere Etagen erfolgt und jeweils ein eigenes Interponat verwendet wird, das an beiden Enden mit dem zu revaskularisierenden Gefäß anastomosiert wird, sind beide Leistungen zu erfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ein axillofemorale und ein femoropopliteale Bypass ohne Kunststoff ist je 1x unter EF070 und EF110 zu codieren</li> <li>• ein femorofemorale und ein popliteocrurale Bypass ohne Kunststoff ist je 1x unter EF090 und EF130 zu codieren.</li> </ul>

Code	Bezeichnung
EP040	Arterielle Embolektomie oder Thrombektomie (LE=je Seite)
Hinweis	05-919
Frage	Wie ist eine Thrombektomie der A. mesenterica zu codieren?
Antwort	Eine Thrombektomie der A. mesenterica ist unter EP040 zu codieren. EP040 ist nicht nach Regionen differenziert. Da die Leistungseinheit mit „LE=je Seite“ hinterlegt ist, ist bei Codierung von EP040 die Eingabe einer Seitenlokalisierung zwingend erforderlich, auch wenn, wie bei der A. mesenterica, keine Zuordnung getroffen werden kann.

Code	Bezeichnung
EB060	Rekonstruktion der Arteria carotis (Thrombendarterektomie, Gefäßinterponat) (LE=je Seite)
AK020	Resektion vegetativer Ganglien – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-172
Frage	Wie ist die Operation eines Glomus-Caroticum-Tumors (ICD-10: D35.5) zu codieren?
Antwort	Die Entfernung eines Tumors des Glomus Caroticum ist unter „AK020 – Resektion vegetativer Ganglien – offen (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
ED070	Arteriennaht – Abdomen, Becken (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-898
Frage	Wie ist die Explantation einer ECMO zu codieren?
Antwort	Die Explantation selbst ist nicht zu codieren. Wenn aber z.B. bei der Explantation einer veno-arteriösen ECMO das Gefäß eröffnet wird und anschließend mit einer Naht verschlossen werden muss, ist ED070 zu codieren.

Code	Bezeichnung
ED070	Arteriennaht – Abdomen, Becken (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-996
Frage	Wie ist eine Naht der Pfortader zu codieren?
Antwort	Eine Naht der Pfortader ist unter ED070 zu codieren

Code	Bezeichnung
<b>EK030</b>	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite)
<b>EK035</b>	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
<b>EK040</b>	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite)
<b>EK050</b>	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
<b>EK079</b>	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
<b>EK510</b>	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
<b>EK520</b>	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)
<b>EK530</b>	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-179
<b>Frage</b>	Wie sind Varizenoperationen zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Varizenoperationen sind 1x pro Seite unter einer der folgenden Leistungspositionen zu codieren:</p> <p>„EK030 – Endoskopische Dissektion der Perforansvenen“,          „EK035 – Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)“,          „EK040 – Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose“,          „EK050 – Radikale Varizenoperation (Stripping)“,          „EK510 – Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)“,          „EK520 – Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)“.</p> <p>Nicht-operative Eingriffe wie die Verödung von Besenreisern oder von Seitenastvarizen (auch mit Laser) sind im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren (ambulant EK530).</p>

Code	Bezeichnung
<b>EK035</b>	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
<b>EK530</b>	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-856
<b>Frage</b>	Ist hierunter auch eine Schaumsklerosierung zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Unter EK035 sind nur endovenöse Obliterationen (z.B. durch Laser, Radiofrequenz) an den Stammvenen zu erfassen. Eine Schaumsklerosierung ist im Rahmen stationärer Aufenthalte nicht zu codieren (ambulant EK530).</p>

Code	Bezeichnung
<b>EK035</b>	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
<b>EK079</b>	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
<b>EK510</b>	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
<b>EK520</b>	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)
<b>EK530</b>	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-836
<b>Frage</b>	Wie ist die endoluminale Koagulation von Varizen mittels Radiofrequenz zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die endoluminale Koagulation einer Stammvarikose (Venae saphenae) ist unabhängig von dem für die Koagulation angewendeten Verfahren (z.B. Radiofrequenz, Laser) unter „EK035 –Endovenöse Obliteration der Venae saphenae“ zu codieren. Dagegen sind endoluminale Koagulationen an den Perforantes oder von Seitenastvarizen, falls eine Indikation zur Leistungserbringung im stationären Bereich besteht, unter EK510, EK520 oder EK530 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>EK050</b>	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
<b>EK079</b>	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
<b>EK510</b>	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
<b>EK520</b>	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-749
<b>Frage</b>	Die Beschreibung zu EK050 lautet „Resektion der Saphena magna/parva ggf. mit Crossektomie/Perforantesligatur“. Muss man alle Teilleistungen erbringen oder ist jede dieser Leistungen alleine für sich unter EK050 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Für die Codierung von EK050 muss auf jeden Fall die Resektion der Saphena magna/parva erfolgen. Crossektomie/Perforantesligaturen können zusätzlich erfolgen.
<b>Frage</b>	Kann man auch bei Ligatur von 3 Perforansvenen EK050 codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, bei Ligatur von 3 Perforansvenen ist EK520 zu codieren.
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Rest-Saphenaanteilen am Unterschenkel, Perforansligaturen und Seitenastphlebektomien als Rezidivoperation (in einer Sitzung) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Eingriffe sind unter EK079, EK510, EK520 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NJ090</b>	Faszienspaltung an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>EK030</b>	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite)
<b>EK040</b>	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite)
<b>EK050</b>	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-181
<b>Frage</b>	Wie ist eine einseitige radikale Varizenoperation gemeinsam mit einer endoskopischen Fasziotomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die radikale Varizenoperation ist 1x je Seite unter „EK050 – Radikale Varizenoperation (Stripping)“ zu codieren. Die Faszienspaltung ist 1x je Seite unter „NJ090 – Faszienspaltung an der unteren Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>EQ020</b>	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-998
<b>Frage</b>	Wie ist die Resektion von venösen Malformationen und AV-Fisteln, zum Beispiel bei Klippel-Trenaunay-Syndrom, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Resektion von venösen Malformationen und AV-Fisteln ist unter EQ020 zu codieren.
<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>EC050</b>	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>EP069</b>	Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)
<b>EQ020</b>	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-1101 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist die Ligatur eines Cimino-Shunts zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Ligatur eines Cimino-Shunts ist unter „EP069 – Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>DH040</b>	Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-912
<b>Frage</b>	Welche Katheter sind unter DH040 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter DH040 sind Langzeitverweilkatheter (Liegedauer zumindest mehrere Monate) mit/ohne Portsystem zu codieren, z.B. PICC-Katheter, Demers-Katheter, Port-A-Cath, Quinton-Katheter).

Code	Bezeichnung
<b>EH010</b> <b>DH040</b>	Implantation eines abdomino- oder pleurovenösen Shunts (LE=je Sitzung) Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-176
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation eines speziellen subkutanen Dialysesystems (Port aus Titan), das in die V. femoralis führt, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Implantation ist unter „DH040 – Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

### 3.8.5.3 Lymphknoten und Lymphgefäße

Code	Bezeichnung
<b>FC015</b> <b>FC018</b> <b>FC150</b>	Entfernung einzelner Lymphknoten ohne Markierung (LE=je Sitzung) Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung) Radikale inguinale Lymphadenektomie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	05-184
<b>Frage</b>	Wie sind Lymphadenektomien zu codieren?
<b>Antwort</b>	Radikale Lymphadenektomien sind 1x pro Sitzung unter den Leistungspositionen des Unterkapitels 05.06 Operationen an Lymphknoten und Lymphgefäßen zu codieren. Die alleinige Entfernung einzelner markierter Lymphknoten ist unter FC018 zu codieren. Die alleinige Entfernung einzelner Lymphknoten ohne Markierung ist unter FC015 zu codieren. Regionale Lymphadenektomien sind in den im Leistungskatalog abgebildeten Exzisionen und Resektionen enthalten. Die Entfernung von Lymphknoten im Zuge einer anderen Operation ist daher nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FC018</b>	Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-934
<b>Frage</b>	Ist FC018 auch bei Hysterektomien/Entfernungen der Adnexe zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung der Sentinel-Lymphknoten bei Hysterektomien/Entfernungen der Adnexe ist nicht unter FC018 zu erfassen. Dies gilt auch für alle anderen Operationen im Bereich des Abdomens.

Code	Bezeichnung
<b>FC080</b>	Radikale mediastinale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
<b>GF070</b>	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF080</b>	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF091</b>	Anatomische Segmentresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF092</b>	Anatomische Segmentresektion der Lunge – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF100</b>	Volume Reduction der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF110</b>	Volume Reduction – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF120</b>	Lobektomie oder Bilobektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF130</b>	Lobektomie oder Bilobektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF141</b>	Lobektomie mit Bronchusmanschettenresektion – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF142</b>	Lobektomie mit Bronchusmanschettenresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF150</b>	Lobektomie mit Bronchus- und Gefäßmanschettenresektion (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-857
<b>Frage</b>	Ist bei einer Lobektomie mit Entfernung der mediastinalen Lymphknoten ergänzend die Leistung FC080 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen GF070 bis GF150 umfassen die angeführten Eingriffe ohne die mediastinale Lymphadenektomie. Die Entfernung der mediastinalen Lymphknoten ist daher zusätzlich unter FC080 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>FC110</b>	Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
<b>JF010</b>	Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	05-205
<b>Frage</b>	Bei welchen Eingriffen ist die Entfernung eines Tumors im Retroperitoneum zu codieren? Ist die Entfernung der retroperitonealen Lymphknoten extra zu codieren?
<b>Antwort</b>	„JF010 – Entfernung retroperitonealer Raumforderungen“ ist nur zu codieren bei Resektion retroperitonealer Raumforderungen, die nicht Niere, Nebenniere oder Lymphknoten zugeordnet werden können (eigene Leistungen). Die Leistung beinhaltet eine radikale retroperitoneale Lymphadenektomie.

### 3.8.6 Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen

#### 3.8.6.1 Abdomen und Abdominalwand

Code	Bezeichnung
<b>HP030</b> <b>HP040</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-195
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	„HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ beinhaltet die Eröffnung des Bauchraumes und einen oder mehrere der in der Beschreibung angeführten abdominalen Eingriffe (siehe Kapitel Leistungsbeschreibungen). Dazu gehören auch bestimmte, nicht explizit abgebildete abdominale Eingriffe wie die isolierte Anlage eines Enterostomas oder die Anlage eines Katheters für die Peritonealdialyse. Die Leistung ist als eigenständiger Eingriff definiert und nicht im Rahmen einer anderen abdominalen Operation zu codieren.
<b>Hinweis</b>	07-658
<b>Frage</b>	Wie ist die isolierte Anlage eines Enterostomas (Kolostoma, Ileostoma) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die isolierte Anlage eines Enterostomas ist unter „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ oder „HP040 – Laparoskopie – therapeutisch“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	07-886
<b>Frage</b>	Ist bei einer laparoskopischen Dickdarmresektion eine Minilaparotomie zur Entfernung des Resektats unter HP030 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Minilaparotomie ist ein Bestandteil der Operation (ist zur Entfernung des Resektats erforderlich) und ist keinesfalls zusätzlich unter HP030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HP030</b> <b>HP040</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-904
<b>Frage</b>	Wie ist die Anlage eines Katheters für die Peritonealdialyse zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Anlage eines Peritonealdialysekatheters ist unter „HP030 – Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HH070</b> <b>HP040</b>	Resektion des Ileozökums – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-920
<b>Frage</b>	Wie ist die laparoskopische Resektion des Zökals zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die laparoskopische Resektion des Zökals ist unter HP040 zu codieren. Dagegen ist HH070 nur bei einer Resektion des ileozökalen Übergangs mit Anastomosierung zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>HP030</b> <b>HP040</b> <b>HP050</b> <b>HP060</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Relaparotomie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung) Relaparoskopie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-813
<b>Frage</b>	Wie sind Relaparoskopien/Relaparotomien zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen HP050 bzw. HP060 sind zu erfassen, wenn nach operativen Eingriffen im gleichen Aufenthalt in einer weiteren Sitzung eine operative Inspektion und Revision des Abdomens erfolgt. Bei Relaparoskopien/Relaparotomien, die nicht im gleichen Aufenthalt wie der Primäreingriff erfolgen, sind die Leistungen HP030/HP040 zu codieren. Wenn eine spezifische im Leistungskatalog abgebildete Operation erfolgt, wie. z.B. eine Darmresektion, ist an Stelle von HP030/HP040/HP050/HP060 die spezifische Leistung zu erfassen. <b>Hinweis:</b> In Analogie gilt die gleiche Regelung für die Codierung von Eingriffen im Thorax.

Code	Bezeichnung
<b>HP070</b>	Relaparotomie und Anlage/Wechsel einer intraabdominellen Vakuumversiegelung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-805
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung HP070 zu codieren?
<b>Antwort</b>	HP070 ist bei jedem Sekundäreingriff mit Anlage/Wechsel eines abdominalen VAC-Systems mit Zugang zum Abdomen und begleitenden intraabdominellen Maßnahmen zu codieren, unabhängig vom Abstand zur vorangegangenen Operation. Die Anlage eines abdominalen VAC-Systems im Rahmen des Primäreingriffs ist nicht zu codieren. Die Leistung HP070 umfasst die Anlage oder den Wechsel eines intraabdominellen VAC-Systems und die im Zuge der Anlage oder des Wechsels durchgeführten intraabdominellen Maßnahmen (Lavage, Blutstillung, Übernähung, Nekrosektomie, Drainage).

Code	Bezeichnung
<b>LM030</b> <b>LM040</b>	Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung) Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-207
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine Hiatusplastik mit Fundoplicatio durchgeführt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Sitzung unter „LM030 – Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen“ oder „LM040 – Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch“ zu codieren. Beide Leistungen umfassen Fundoplikatio und Hiatusplastik.

Code	Bezeichnung
<b>LM050</b> <b>LM060</b> <b>HP030</b>	Verschluss eines Zwerchfelldefektes – offen (LE=je Sitzung) Verschluss eines Zwerchfelldefektes – laparoskopisch, thorakoskopisch (LE=je Sitzung) Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-189
<b>Frage</b>	Wie ist eine im Rahmen einer partiellen Zwerchfellresektion (z.B. bei einem Lokalrezidiv im Bereich der Flexura lienalis mit Peritonealadhäsionen) durchgeführte abdominelle Adhäsio-lyse zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die partielle Zwerchfellresektion im Bereich des Lokalrezidivs ist 1x je Sitzung unter „LM050 – Verschluss eines Zwerchfelldefektes – offen“ zu codieren. Eine Adhäsio-lyse ist in der laparotomisch durchgeführten Operation enthalten.

Code	Bezeichnung
<b>HG070</b> <b>LM080</b>	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen (LE=je Sitzung) Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	07-197
<b>Frage</b>	Wie ist die Sanierung einer inkarzerierten Hernie mit Darmresektion zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Sanierung der Hernie ist 1x je Seite unter „LM080 – Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen“ zu codieren. Die Dünndarmresektion ist 1x je Sitzung unter „HG070 – Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM080</b> <b>LM090</b>	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite) Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	07-905
<b>Frage</b>	Wie ist der Verschluss einer Inguinalhernie durch eine TEP (total extraperitoneale Hernioplastik) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Minimalinvasive Leistenbruchoperationen wie die TAPP (transabdominale präperitoneale Hernioplastik) und die TEP (total extraperitoneale Hernioplastik) sind unter LM090 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM102</b>	Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-771
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistung „Versorgung eines Platzbauches“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Versorgung eines Platzbauches ist unter „LM102 – Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)“ zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>JH040</b> <b>LM080</b>	Offene Exploration des Hoden mit Exzision (LE=je Sitzung) Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	07-190
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation bei einer einseitigen Hernia inguinalis und einer Hydrozele zu codieren, die in einer Sitzung bei einem Erwachsenen gemeinsam operiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung der Hydrozele ist 1x je Sitzung unter „JH040 – Offene Exploration des Hoden mit Exzision“ zu codieren. Die Sanierung der Leistenhernie ist 1x je Seite unter „LM080 – Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM080</b> <b>HP190</b>	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite) Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	07-191
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation bei einer einseitigen Hernia inguinalis und einer kongenitalen Hydrozele zu codieren, die in einer Sitzung bei einem Kind gemeinsam operiert werden?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite unter „HP190 – Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen“ zu codieren. Die gleichzeitige Hydrozelenentfernung ist Teil der Sanierung des Processus vaginalis und ist nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM101</b> <b>LM111</b>	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung) 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>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>	07-933
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation einer Spiegelhel-Hernie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch die Operation einer Spiegelhel-Hernie ist unter LM101 oder LM111 zu codieren. Alle primären abdominellen Hernien sind je nach Zugang unter LM101 oder LM111 zu codieren. Dagegen sind Narbenhernien unter LM102 oder LM112 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LM102</b>	Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-921
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in einer Operations Sitzung mit zwei getrennten Schnitten je eine Narbenhernie im Oberbauch und eine Narbenhernie im Unterbauch saniert werden?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x LM102 zu codieren. Leistungen mit der Leistungseinheit „je Sitzung“ sind einmal pro Sitzung mit der Anzahl 1 zu codieren, auch wenn mehrere Teiloperationen mit getrenntem Zugang erfolgen.

### 3.8.6.2 Leber und Gallenwege

Code	Bezeichnung
<b>HL031</b>	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
<b>HL032</b>	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
<b>HL041</b>	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HL042</b>	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HL050</b>	Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-212
<b>Frage</b>	Wie ist die teilweise Entnahme der Leber bei einem lebenden Leberspender zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entnahme eines Teils der Leber bei einem Lebendspender ist unter HL050 und der Hauptdiagnose ICD-10 Z52.6 zu codieren.

Code	Bezeichnung
HL031	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
HL041	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-863
Frage	Wie ist die Enukleation einer Lebermetastase zu codieren?
Antwort	Die Enukleation einer Lebermetastase ist wie die Resektion einer Leberzyste unter HL031 bzw. HL041 zu codieren.

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"> <li>• rechte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente V, VI, VII, VIII (+ ggf. I)</li> <li>• linke Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV (+ ggf. I)</li> <li>• rechte erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente IV, V, VI, VII, VIII (+ ggf. I)</li> <li>• linke erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV, V, VIII (+ ggf. I)</li> </ul> <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><b>Anmerkung:</b> Die bei einer Hemihepatektomie erforderlichen biliodigestiven Anastomosen sind zusätzlich unter HM140 zu codieren.</p>

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

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

Code	Bezeichnung
<b>DH050</b> <b>ED070</b> <b>ED091</b> <b>HL050</b>	Rekonstruktion der Vena cava (LE=je Sitzung) Arteriennaht – Abdomen, Becken (LE=je Sitzung) Enderterektomie, Thrombendarterektomie – Abdomen (LE=je Sitzung) Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-1051
<b>Frage</b>	Sind die bei Hepatektomien durchgeführten Rekonstruktionen bzw. Thrombektomien der Pfortader zusätzlich zu codieren?
<b>Antwort</b>	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
<b>HM010</b>	Retrograde Cholangioskopie (LE=je Sitzung)
<b>HM020</b>	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)
<b>HM110</b>	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-215
<b>Frage</b>	Wie ist eine intraoperative Cholangiographie (z.B. im Rahmen einer laparoskopischen Cholezystektomie) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine intraoperative Cholangiographie ist nicht zu codieren. Die intraoperative Cholangiographie entspricht weder einer perkutanen transhepatischen Cholangiographie noch einer retrograden Cholangioskopie und ist daher auch nicht unter HM020 oder HM010 zu erfassen.

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

Code	Bezeichnung
<b>HM140</b>	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)
<b>HM150</b>	Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-213
<b>Frage</b>	Wie ist eine biliodigestive Anastomose mit Cholezystektomie und Interposition eines Dünndarmabschnittes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Sitzung unter „HM140 – Biliodigestive Anastomose – offen“ oder „HM150 – Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch“ zu codieren. Die Leistung inkludiert auch die notwendige Cholezystektomie und die Interposition eines Dünndarmabschnittes.

### 3.8.6.3 Ösophagus, Magen und Darm

Code	Bezeichnung
<b>HE070</b> <b>LM030</b>	Myotomie am Ösophagus – offen (LE=je Sitzung) Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-858
<b>Frage</b>	Ist die bei einer Myotomie des distalen Ösophagus durchgeführte Fundoplikatio zusätzlich zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die bei einer Myotomie des distalen Ösophagus durchgeführte Fundoplikatio ist ein Bestandteil der Myotomie (zur Verstärkung der Ösophaguswand) und daher nicht zusätzlich zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HE110</b> <b>HE130</b>	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung) Resektion des Ösophagus – abdomino-thorakal (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-859
<b>Frage</b>	Was ist der Unterschied zwischen der Leistung HE110 und der Leistung HE130?
<b>Antwort</b>	Der Unterschied ist der Zugang. HE110 ist bei einer offenen Resektion des Ösophagus mit abdominalem Zugang zu erfassen, HE130 ist bei einem Zweihöhleneingriff mit abdominalem und thorakalem Zugang zu erfassen.
<b>Hinweis</b>	07-962
<b>Frage</b>	Wie ist eine abdomino-zervikale Ösophagektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine abdomino-zervikale Ösophagektomie ist nicht unter HE130, sondern unter HE110 zu erfassen. Unter HE130 sind ausschließlich Operationen zu codieren, bei denen auch der Thorax über eine Thorakotomie oder einen thorakoskopischen Zugang eröffnet wird. <b>Anmerkung:</b> Beim Zweihöhleneingriff ist der Aufwand deutlich größer. Immer wenn eine vollständige Entfernung des Tumors und der zugehörigen Lymphknoten erforderlich ist, ist der Zweihöhleneingriff die Methode der Wahl.

Code	Bezeichnung
<b>HF040</b>	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF050</b>	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HG169</b>	Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung)
<b>HP010</b>	Laparotomie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>HP030</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-201
<b>Frage</b>	Wie codiert man die Übernähung eines perforierten Duodenaldivertikels?
<b>Antwort</b>	Die Übernähung eines perforierten Duodenaldivertikels ist 1x je Sitzung unter „HF040 – Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – offen“ oder „HF050 – Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HF070</b>	Gastrojejunostomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF080</b>	Gastrojejunostomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-778
<b>Frage</b>	Wie ist eine Gastroduodenostomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Gastroduodenostomie ist unter HF070 oder HF080 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HF070</b>	Gastrojejunostomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF130</b>	Atypische Magenresektion – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HF200</b>	Korrekturoperation des operierten Magens (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-963
<b>Frage</b>	Wie sind Re-Operationen am Magen, z.B. nach Magenbypass, mit Reanastomosierung und Nachresektion zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen am operierten Magen sind unter HF200 zu codieren. Die Leistung umfasst die Mobilisation sowie eine ggf. erforderliche Resektion und eine Reanastomosierung.

Code	Bezeichnung
<b>HF200</b>	Korrekturoperation des operierten Magens (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-999
<b>Frage</b>	Ist HF200 bei jeder Operation nach Magenresektion/Magenverkleinerung zu codieren?
<b>Antwort</b>	HF200 ist bei jeder Operation nach Magenresektion oder Magenverkleinerung mit erneuter Resektion/Reanastomosierung zu codieren. Eine ggf. erforderliche radikale Lymphadenektomie ist zusätzlich zu codieren.

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>HF180</b>	Subtotale oder totale Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-862
<b>Frage</b>	Wie ist eine laparoskopische subtotale Magenresektion mit Lymphadenektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine subtotale oder totale Magenresektion ist unter HF180 zu codieren, unabhängig davon, ob sie offen oder laparoskopisch durchgeführt wurde. Bei HF180 erfolgt diesbezüglich auch im Text keine Unterscheidung.

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

Code	Bezeichnung
<b>HF240</b>	Magenbypass – offen (LE=je Sitzung)
<b>HF250</b>	Magenbypass – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HP030</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>HP040</b>	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-837
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung eines Magenbandes (als eigenständiger Eingriff oder im Zuge der Anlage eines Magen-Bypasses) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung eines Magenbandes als solche ist nicht zu codieren. Erfolgt die Entfernung als eigenständiger Eingriff im Rahmen einer Laparotomie/ Laparoskopie, wäre unter HP030 bzw. HP040 zu codieren. Erfolgt die Entfernung im Rahmen der Anlage eines Magen-Bypasses oder einer anderen Operation am Magen, so ist nur die Anlage des Bypasses (HF240 oder HF250) bzw. der andere Eingriff zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HG070</b>	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-771
<b>Frage</b>	Wie codiert man eine isoperistaltische Koloninterposition?
<b>Antwort</b>	Eine isoperistaltische Koloninterposition ist nicht im Katalog abgebildet. Bis zu einer expliziten Abbildung ist die Leistung unter HG070 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>HG150</b>	Korrektur von Fehlbildungen des Dünndarms (LE=je Sitzung)
<b>HG169</b>	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>HG169</b> <b>HP030</b>	Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung) Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-199
<b>Frage</b>	Wie ist eine Dünndarmfistelübernähung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Übernähung einer Dünndarmfistel ist 1x pro Sitzung unter „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>HH040</b> <b>HP030</b>	Appendektomie – offen (LE=je Sitzung) Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-202
<b>Frage</b>	Wie ist eine laparotomische Appendektomie mit Adhäsio lyse zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x „HH040 – Appendektomie – offen“ zu codieren. Eine Adhäsio lyse ist in der laparotomisch durchgeführten Operation enthalten.

Code	Bezeichnung
<b>HH080– HH160</b>	Resektion des rechten Hemikolon – offen (LE=je Sitzung) Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-779
<b>Frage</b>	Ist die Codierung einer der Leistungen HH080–HH140 zulässig, wenn nicht das gesamte Hemikolon entfernt wird?
<b>Antwort</b>	Ja, die Resektion muss nicht zwangsläufig das gesamte Hemikolon betreffen. Voraussetzung ist die Resektion sämtlicher Wandanteile und eine Anastomosierung oder die Anlage eines Enterostomas.
<b>Hinweis</b>	07-782
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn Resektionen mehrerer Kolonabschnitte vorgenommen werden?
<b>Antwort</b>	Resektionen mehrerer Kolonabschnitte sind unter „HH150 – Subtotale oder totale Resektion des Kolons – laparoskopisch (LE=je Sitzung)“ bzw. „HH160 – Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HG060 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>HH230</b>	Resektion des rechten Hemikolon – offen (LE=je Sitzung)
<b>HH240</b>	Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-196
<b>Frage</b>	Wie ist eine Hartmann-Rückoperation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „HH230 – Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – offen“ oder „HH240 – Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HJ010</b>	Rektopexie ohne Resektion – offen (LE=je Sitzung)
<b>HJ030</b>	Rektopexie mit Resektion – offen (LE=je Sitzung)
<b>HJ050</b>	Transanale Teilresektion der Rektumwand (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-899
<b>Frage</b>	Wie ist die transanale Operation eines Rektumprolapses zu codieren?
<b>Antwort</b>	Transanale Operationen bei Rektumprolaps (z.B. stapled transanal rectum resection (S.T.A.R.R.), Operation nach Altemeier, Operation nach Delorme) sind unter HJ050 zu codieren. Unter HJ010 bzw. HJ030 sind Operationen bei Rektumprolaps mit transabdominellem Zugang zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HH269</b>	Sonstige Operation – Kolon (LE=je Sitzung)
<b>HP030</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	07-200
<b>Frage</b>	Wie ist eine Kolonfistelübernähung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Übernähung einer Kolonfistel ist 1x pro Sitzung unter „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
HJ050	Transanale Teilresektion der Rektumwand (LE=je Sitzung)
HJ060	Resektion des Rektums ohne totale mesorektale Exzision – offen (LE=je Sitzung)
HJ070	Resektion des Rektums ohne totale mesorektale Exzision – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HJ080	Resektion des Rektums mit totaler mesorektaler Exzision – offen (LE=je Sitzung)
HJ090	Resektion des Rektums mit totaler mesorektaler Exzision – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HJ139	Sonstige Operation – Rektum (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-225
Frage	Wie ist die Entfernung eines Rektumtumors zu codieren?
Antwort	<p>Eingriffe ohne Vollwandexzision sind unter „HJ139 – Sonstige Operation – Rektum“ zu codieren.</p> <p>Die transanale Entfernung eines Rektumtumors inklusive aller Rektumwandschichten ist unter „HJ050 – Transanale Teilresektion der Rektumwand“ zu codieren. Eine Rektumresektion ohne komplette mesorektale Exzision ist unter „HJ060 – Resektion des Rektums ohne totale mesorektale Exzision – offen“ oder „HJ070 – Resektion des Rektums ohne totale mesorektale Exzision – laparoskopisch“ zu codieren.</p> <p>Eine Rektumresektion mit kompletter mesorektaler Exzision ist unter „HJ080 – Resektion des Rektums mit totaler mesorektaler Exzision – offen“ oder „HJ090 – Resektion des Rektums mit totaler mesorektaler Exzision – laparoskopisch“ zu codieren.</p> <p>Diese Codierung ist auch bei Eingriffen am Sigmaübergang und mit Exzision von Sigmabereichen anzuwenden.</p>

Code	Bezeichnung
HJ050	Transanale Teilresektion der Rektumwand (LE=je Sitzung)
HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-222
Frage	Wie ist eine Rectozelenoperation nach Longo mit transperinealem und transanalem Zugang (kombiniert) zu codieren?
Antwort	<p>Eine Rectozelenoperation nach Longo ist 1x unter „HJ050 – Transanale Teilresektion der Rektumwand“ zu codieren.</p> <p><b>Anmerkung:</b> Eine Hämorrhoidenoperation nach Longo ist unter „HK020 – Hämorrhoidektomie“ zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
HK020	Hämorrhoidektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-804
Frage	Wie sind Operationen mit Arterienligatur/Mucopexie wie Hämorrhoidal-Arterien-Ligatur (HAL), Transanale Hämorrhoiden-Desarterialisierung (THD), Recto Anal Repair (RAR) zu codieren?
Antwort	Operationen mit Arterienligatur/Mucopexie sind unter HK020 zu codieren. Die Leistungsbeschreibung wird entsprechend ergänzt.

### 3.8.7 Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe

#### 3.8.7.1 Nieren und Harnwege

Code	Bezeichnung
JA100	Nephrektomie – offen (LE=je Seite)
Hinweis	08-227
Frage	Wie ist die Entnahme einer Niere bei einem Lebendnierenspender zu codieren?
Antwort	Die Entnahme einer Niere bei einem Lebendnierenspender ist unter „JA100 – Nephrektomie – offen“ und der Hauptdiagnose ICD-10 Z52.4 zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC010	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – Niere, Harnwege (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-922
Frage	Kann JC010 auch bei einer extrakorporalen Stoßwellenbehandlung von Steinen der Gallenwege oder am Bewegungsapparat codiert werden?
Antwort	Nein, unter JC010 sind ausnahmslos Behandlungen von Steinen in der Niere/den Harnwegen mit extrakorporalem Lithotripter zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC050 JC510	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung) Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-664
Frage	Wann ist die Leistung JC050 zu codieren?
Antwort	Die Leistung JC050 ist ausschließlich bei Implantation eines permanenten metallischen Stents zu erfassen, wenn eine Drainage mit Double-J-Katheter nicht möglich ist (z.B. bei tumorbedingten Strikturen). Die Implantation eines Double-J-Katheters in den Harnleiter ist unter JC510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC060	Unterspritzung des Ureterostiums – endoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-232
Frage	Wie ist eine beidseitige endoskopische Unterspritzung des Ureterostiums (z.B. mit Silikon) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x je Sitzung unter „JC060 – Unterspritzung des Ureterostiums – endoskopisch“ zu codieren.
Hinweis	08-231
Frage	Ist eine endoskopische Unterspritzung des Harnblasensphinkters (z.B. mit Silikon) zu codieren?
Antwort	Eine endoskopische Unterspritzung des Harnblasensphinkters ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC080 JC090	Ureterolyse – offen (LE=je Seite) Ureterolyse – laparoskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	08-814
Frage	Wann ist eine Ureterolyse zu codieren?
Antwort	JC080 bzw. JC090 ist zu codieren, wenn eine Darstellung und Lösung des Ureters aus pathologisch verändertem Gewebe (z.B. bei Mb. Ormond, Fibrose nach Strahlentherapie) zur Behebung von funktionell wirksamen Ureterstenosen erfolgt. Die im Zuge anderer Eingriffe erforderliche Darstellung und Freipräparation des Ureters ist in den jeweiligen Leistungspositionen (z.B. Operationen an der Niere, am Ovar, am Kolon) enthalten und nicht zusätzlich zu erfassen.

Code	Bezeichnung
JC080	Ureterolyse – offen (LE=je Seite)
Hinweis	08-774
Frage	Wie ist die isolierte Resektion eines Ureterstumpfes zu codieren?
Antwort	Die isolierte Resektion eines Ureterstumpfes ist sehr selten erforderlich und daher nicht im Katalog abgebildet. Es ist unter JC080 zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC100	Ureteranastomose (LE=je Seite)
Hinweis	08-758
Frage	Wie ist eine Ureterektomie mit End-zu-End-Anastomose (bei Ureterstenose) zu codieren?
Antwort	Eine Ureterektomie mit End-zu-End-Anastomose ist unter „JC100 – Ureteranastomose (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC160	Inzision einer Ureterozele (LE=je Seite)
JC170	Ureterozystoneostomie und Resektion eines Megaureter (LE=je Seite)
JC180	Ureterozystoneostomie und Resektion einer Ureterozele (LE=je Seite)
Hinweis	08-230
Frage	Wie ist eine beidseitige Operation in einer Sitzung bei Ureterozele zu codieren?
Antwort	Je nach durchgeführtem Eingriff ist 1x pro Seite unter „JC160 – Inzision einer Ureterozele“ oder „JC180 – Ureterozystoneostomie und Resektion einer Ureterozele“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JD060	Zystektomie, Zystoprostatektomie – offen (LE=je Sitzung)
JD070	Zystektomie, Zystoprostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JD100	Blasenersatz mit Darm (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-233
Frage	Wie ist eine Zystektomie mit Anlage einer Ersatzblase in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	Die Zystektomie ist 1x unter „JD060 – Zystektomie, Zystoprostatektomie – offen“ zu codieren. Die Anlage der Ersatzblase ist 1x unter „JD100 – Blasenersatz mit Darm“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JD060</b> <b>JD100</b>	Zystektomie, Zystoprostektomie – offen (LE=je Sitzung) Blasenersatz mit Darm (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-1000
<b>Frage</b>	Wie ist eine Zystoprostektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Zystoprostektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits ist unter JD060 zu codieren. Das Ileum-Conduit ist nicht zusätzlich zu erfassen (Auszug aus Beschreibung: „Die Ableitung der Ureteren ist inkludiert.“). Unter JD100 ist nur die Anlage einer Ersatzblase zu codieren, bzw. die Anlage eines kontinenten heterotopen Blasenersatzes (Pouch). Die inkontinenten kutanen Ableitungen (Ureterokutaneostomie, Ileum-Conduit) und die rektale Harnableitung sind nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JD110</b> <b>JD169</b> <b>JE051</b>	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung) Schlingensuspension der Urethra beim Mann (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-239
<b>Frage</b>	Sind unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ auch z.B. die Implantation von ACT-Ballons oder eines Schlingensystems zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ ist die Implantation hydraulischer Sphinktersysteme zu codieren. Die Implantation von Schlingensystemen ist unter „JE051 – Schlingensuspension der Urethra beim Mann“ zu codieren. Eingriffe wie z.B. die Implantation von ACT-Ballons sind unter „JD169 – Sonstige Operation – Harnblase“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JD110</b>	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-265
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation einer Sphinkterprothese bei der Frau zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	08-238
<b>Frage</b>	Ist unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ die Implantation eines „AMS-800-Sphinkter“ bzw. eines „Flowsecure Sphinkter“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei den angeführten Beispielen „AMS 800“ und „Flowsecure“ handelt es sich um hydraulische Sphinkterprothesen, die unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ zu codieren sind.

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

Code	Bezeichnung
JD169	Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-234
Frage	Wie ist eine endoskopische und wie eine offene Blasenhalsskerbung zu codieren?
Antwort	Eine Blasenhalsskerbung ist unter „JD169 – Sonstige Operation – Harnblase“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung)
JG020	Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)
JZ530	Zystoskopie (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-235
Frage	Was ist Voraussetzung zur Codierung der Leistung „JD010 – Transurethrale Resektion der Blase“?
Antwort	Voraussetzung ist die Verwendung eines Resektoskops und eine Tumorsektion bzw. Teilresektion der Blase. Zystoskopien mit Probenentnahme (z.B. Nadel, Stanze) sind unter JZ530 zu codieren.

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

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

Code	Bezeichnung
JE010	Strikturresektion und Anastomose der Urethra (LE=je Sitzung)
JE030	Rekonstruktion der Urethra (LE=je Sitzung)
JE069	Sonstige Operation – Urethra (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-906
Frage	Wie sind kleinere Eingriffe an der Urethra wie die Abtragung eines Urethralkarunkels, eine Harnröhrenschlitzung oder eine Meatotomie zu codieren?
Antwort	Solche Eingriffe sind unter JE069 zu codieren. Unter JE010 oder JE030 sind nur offene chirurgische Eingriffe bei Strikturen im hinteren Teil der Harnröhre mit Resektion der Stenose und End-zu-End-Anastomose (JE010) oder mit einer Rekonstruktion des Lumens durch ein Transplantat (z.B. Mundschleimhaut) zu codieren (JE030).

### 3.8.7.2 Männlicher Genitaltrakt

Code	Bezeichnung
EH020	Ligatur der Vena testicularis – offen (LE=je Sitzung)
EH030	Ligatur der Vena testicularis – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-739
Frage	Kann eine Varikozelensklerosierung unter EH020 codiert werden?
Antwort	Die Sklerosierung einer Varikozele ist nicht zu codieren. Unter EH020 sind nur die verschiedenen inguinalen und suprainguinalen Operationsverfahren mit Gefäßligatur zu codieren. Sollte im Rahmen eines stationären Aufenthalts eine Varikozelensklerosierung mit operativer Freilegung der V. spermatica durchgeführt werden, ist dies unter JH229 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JD010</b> <b>JG020</b>	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung) Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-236
<b>Frage</b>	Wie ist bei gleichzeitiger transurethraler Resektion von Teilen der Blase und der Prostata zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x „JD010 – Transurethrale Resektion der Blase“ und 1x „JG020 – Transurethrale Resektion der Prostata“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JG060</b> <b>JG080</b>	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-900
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen mit dem Da-Vinci-Operationssystem zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen mit dem roboter-assistierten Da-Vinci-Chirurgiesystem sind unter dem Code für die jeweilige laparoskopische Operation zu codieren, z.B. unter JG060 oder JG080.

Code	Bezeichnung
<b>JH010</b> <b>JH020</b>	Exploration mit Fixierung des Hodens ohne Verlagerung (LE=je Sitzung) Exploration mit Verlagerung und Fixierung des Hodens (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-865
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in der gleichen Sitzung rechts ein Gleihoden und links ein Pendelhoden operiert wird? Die Kombination JH010 mit JH020 erzeugt ein Warning.
<b>Antwort</b>	Operationen an den Hoden sind im LKF-Modell mit der Leistungseinheit „je Sitzung“ definiert. Das bedeutet, dass die beidseitige Operation eines Pendelhodens mit Verlagerung und Fixierung unter JH020 mit der Anzahl 1 zu erfassen ist. Somit kann auch bei einer Operation mit beidseitiger Fixierung aber nur einseitiger Verlagerung nur 1x JH020 erfasst werden. Allgemein gesagt kann bei derartigen Kombinationen immer der komplexere Eingriff erfasst werden.

Code	Bezeichnung
JH030	Autotransplantation des Hodens und mikrochirurgische Anastomose (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-923
Frage	Wie ist der 2. Schritt einer Fowler-Stephens-Operation zu codieren?
Antwort	Der 2. Schritt einer Fowler-Stephens-Operation ist unter „JH030 – Autotransplantation des Hodens und mikrochirurgische Anastomose (LE=je Sitzung)“ zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Der 1. Schritt einer Fowler-Stephens-Operation ist unter „JH100 – Durchtrennung der Vasa Spermatica – laparoskopisch (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JH040	Offene Exploration des Hoden mit Exzision (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-243
Frage	Wie ist eine Entfernung eines dystrophen Hodens bei Kryptorchismus zu codieren?
Antwort	Eine Entfernung des dystrophen Hodens bei Kryptorchismus ist 1x je Sitzung unter „JH040 – Offene Exploration des Hoden mit Exzision“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)
JH229	Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung)
JH520	Frenulotomie (LE=je Sitzung)
JZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-244
Frage	Wie sind eine Frenulotomie, eine Dorsalinzision bei Paraphimose oder das Lösen von Konglutinationen zu codieren?
Antwort	Eine Frenulotomie ist unter JH520 zu codieren, die Dorsalinzision bei Paraphimose ist unter „JH229 – Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum“ zu codieren und das Lösen von Konglutinationen ist unter JZ989 zu codieren. Unter „JH120 – Zirkumzision“ ist ausschließlich eine vollständige Zirkumzision zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JH190</b> <b>QZ070</b>	Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel (LE=je Sitzung) Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-237
<b>Frage</b>	Wie ist die operative Sanierung einer Hypospadie mit gestielter Lappenplastik ("Matthieu-Lappen") zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „JH190 – Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel“ zu codieren. Die Lappenplastik ist Bestandteil der Korrekturoperation.

### 3.8.7.3 Weiblicher Genitaltrakt

Code	Bezeichnung
<b>JJ020</b> <b>HP040</b>	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-249
<b>Frage</b>	Wie ist die laparoskopische Entfernung von Endometrioseherden an Uterus und Ovar zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „HP040 – Laparoskopie – therapeutisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HP040</b>	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-224
<b>Frage</b>	Wie ist die laparoskopische Entfernung von Endometrioseherden am rektovaginalen Septum zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „HP040 – Laparoskopie – therapeutisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HP030</b>	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>HP050</b>	Relaparotomie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung)
<b>JK179</b>	Sonstige Operation – Uterus (inkl. Cervix) (LE=je Sitzung)
<b>JN060</b>	Naht einer Uterusruptur (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-935
<b>Frage</b>	Wie sind Revisionen bei Uterusnarbendehiszenz zu codieren?
<b>Antwort</b>	Revisionen von Uterusdehiszenzen als Folgeeingriff nach Sectio sind unter HP030 bzw. HP050 zu erfassen. Narbenkorrekturen/Übernähungen im Rahmen von anderen Eingriffen sind unter JK179 zu erfassen. Keinesfalls sind Nahtrevisionen unter JN060 zu codieren. JN060 ist ausschließlich bei einer Uterusruptur zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>JC090</b>	Ureterolyse – laparoskopisch (LE=je Seite)
<b>JJ020</b>	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>JJ040</b>	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>HP040</b>	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-229
<b>Frage</b>	Wie ist eine laparoskopische Resektion des Restovars mit Adhäsiole und Ureterolyse in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Resektion des Restovars ist 1x unter „JJ020 – Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch“ zu codieren. JC090 ist zu codieren, wenn eine Darstellung und Lösung des Ureters aus pathologisch verändertem Gewebe (z.B. bei Mb. Ormond, Fibrose nach Strahlentherapie) zur Behebung von funktionell wirksamen Ureterstenosen erfolgt. Eine Adhäsiole ist in den laparoskopischen Operationen enthalten.

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 subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>JJ030</b>	Entfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
<b>JJ040</b>	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>JK120</b>	Vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
<b>JK150</b>	Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-796
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn bei einer vaginalen Hysterektomie auch eine Entfernung der Adnexen über den vaginalen Zugang erfolgt?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung der Adnexen ist in diesem Fall unter JJ030 zu codieren, da die Entfernung der Adnexen über einen vaginalen Zugang nicht abgebildet ist. Die laparoskopisch assistierte oder laparoskopische Entfernung der Adnexen ist unter JJ040 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JJ010</b>	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
<b>JK060</b>	Myomentfernung – offen (LE=je Sitzung)
<b>JK110</b>	Abdominale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-246
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung einer Ovarialzyste im Rahmen einer Hysterektomie oder einer Myomentfernung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung der Ovarialzyste ist 1x unter „JJ010 – Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal“ zu codieren. Die Hysterektomie ist 1x unter „JK110 – Abdominale Hysterektomie“ zu codieren. Die Myomentfernung ist 1x unter „JK060 – Myomentfernung – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JJ020</b>	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>JJ050</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-250
<b>Frage</b>	Wie ist eine laparoskopische Tubektomie links bei Extrauterin gravidität und eine laparoskopische Tubendurchtrennung rechts in gleicher Sitzung (bei abgeschlossener Familienplanung) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die laparoskopische Tubektomie ist 1x unter „JJ020 – Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch“ zu codieren. Die laparoskopische Tubendurchtrennung ist 1x unter „JJ050 – Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JJ020</b> <b>JJ050</b>	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-875
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn zur Sterilisation an Stelle einer Tubenkoagulation eine Salpingektomie angewendet wird?
<b>Antwort</b>	Auch wenn an Stelle einer Tubenkoagulation eine Salpingektomie angewendet wird, ist unter JJ050/JJ060 „Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie“ zu codieren. JJ010/JJ020 „Teilentfernung der Adnexen“ ist bei einer Sterilisation nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>JJ050</b> <b>JJ060</b> <b>JN020</b>	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung) Entbindung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-247
<b>Frage</b>	Wie ist eine Tubenligatur im Rahmen eines Aufenthaltes zur Entbindung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Tubenligatur ist unter „JJ050 – Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch“ oder unter „JJ060 – Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen“ zu codieren. Wenn lediglich eine Kostenübernahme für die Entbindung vorliegt und die Tubenligatur als Selbstzahlerleistung erbracht wird, ist der Qualifier bei der Tubenligatur auf "N" zu setzen.

Code	Bezeichnung
<b>JK010</b> <b>JK030</b> <b>JK040</b>	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung) Curettag (LE=je Sitzung) Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-260
<b>Frage</b>	Wie sind Ablationen des Endometriums zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine hysteroskopische Ablation des Endometriums ist 1x unter „JK010 – Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe“ zu codieren. Andere Ablationen des Endometriums wie z.B. mit Thermoballon sind unter „JK040 – Ablation des Endometriums“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
JK040	Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-901
Frage	Wie ist bei einer hysteroskopischen Entfernung von Uterusgewebe (z.B. Myomentfernung, Ablation) mit anschließender Curettage zu codieren?
Antwort	Das Nachcurettieren bei einer hysteroskopischen Entfernung von Uterusgewebe ist als Bestandteil der Leistung nicht zusätzlich zu codieren.
Hinweis	08-902
Frage	Wann kann „JK010 – Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)“ gemeinsam mit „JK040 – Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)“ codiert werden?
Antwort	Immer dann, wenn in der gleichen Sitzung sowohl eine hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (Schlingenablation/Myomentfernung) als auch eine Ballonablation erfolgt. Das Warning kann bei dieser Kombination akzeptiert werden. Dagegen ist bei alleiniger Schlingenablation nur JK010 zu codieren und JK040 nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
JK020	Konisation (LE=je Sitzung)
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
JN010	Cerclage (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-257
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine Konisation und eine Curettage durchgeführt werden?
Antwort	Es ist 1x unter „JK030 – Curettage“ und 1x unter „JK020 – Konisation“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
JZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-964
Frage	Wie kann eine Strichcurettage codiert werden?
Antwort	Eine Strichcurettage ist bei ambulanten Besuchen unter „JZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Bei stationären Aufenthalten erfolgt keine Codierung. Keinesfalls ist JK030 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
JK090	Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-734
Frage	Wie ist eine laparoskopische Uterusexstirpation zu codieren?
Antwort	Eine rein laparoskopisch durchgeführte Uterusexstirpation ist unter „JK090 – Laparoskopische suprazervikale Hysterektomie“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JE050	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-262
Frage	Wie ist eine Inkontinenzoperation mit TVT (tension free vaginal tape) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „JE050 – Schlingensuspension der Urethra“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JE050	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)
JL020	Kolposuspension, Kolpopexie – vaginal (LE=je Sitzung)
JL030	Kolposuspension, Kolpopexie – abdominal (LE=je Sitzung)
JL040	Kolposuspension, Kolpopexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JL050	Kolporrhaphie (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-252
Frage	Wie sind Operationen bei Inkontinenz zu codieren?
Antwort	Es ist 1x pro Sitzung unter dem jeweiligen Eingriff zu codieren. Bei gleichzeitiger Hysterektomie ist diese zusätzlich unter der jeweiligen Leistungsposition zu codieren.

Code	Bezeichnung
JL020	Kolposuspension, Kolpopexie – vaginal (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-264
Frage	Wie ist eine Vaginaefixatio sacrospinalis vaginae (Amreich II) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „JL020 – Kolposuspension, Kolpopexie – vaginal“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JL040	Kolposuspension, Kolpopexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-255
Frage	Wie ist die laparoskopische Fixation eines Scheidenblindsackvorfalles zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „JL040 – Kolpopexie – laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JM010	Suspensionsplastik des Beckenbodens (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-752
Frage	Wie sind Suspensionen mit Implantation eines Netzes (Mesh) wie z.B. „Prolift“ zu codieren?
Antwort	Die Suspension des Beckenbodens mit Implantation eines Netzes (Mesh) ist unter JM010 zu codieren.

Code	Bezeichnung
JM039	Sonstige Operation – Vulva, Perineum (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-266
Frage	Wie ist eine Labienresektion bei Labienhypertrophie zu codieren?
Antwort	Eine Labienresektion bei Labienhypertrophie ist 1x unter „JM039 – Sonstige Operation – Vulva, Perineum“ zu codieren.

#### 3.8.7.4 Geburt

Code	Bezeichnung
JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)
JN040	Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-267
Frage	Wie sind Entbindungen zu codieren?
Antwort	<p>Je nach Art der durchgeführten Entbindung ist 1x unter einer der dafür vorgesehenen Leistungen zu codieren. Die Leistungsanzahl ist je vollständiger Entbindung (auch bei einer Mehrlingsgeburt) mit 1 anzugeben.</p> <p>Bei einem Wechsel der Methode während der Entbindung ist jene Leistung zu codieren, durch die die Entbindung erfolgt ist.</p> <p><b>Beispiel:</b> Die Entbindung wird als vaginale Entbindung begonnen und wegen einer Komplikation als Schnittentbindung zu Ende geführt: Es ist 1x unter „JN040 – Entbindung durch Sectio Cäsarea“ zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
<b>JJ010</b> <b>JN040</b>	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung) Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-245
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Sectio eine Ovarialzyste entfernt wird?
<b>Antwort</b>	Die Sectio ist 1x unter „JN040 – Entbindung durch Sectio Cäsarea“ zu codieren. Die Entfernung der Ovarialzyste ist 1x unter „JJ010 – Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JN020</b>	Entbindung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	08-270
<b>Frage</b>	Wie ist eine Entbindung zu codieren, bei der das Kind auf dem Weg in das Krankenhaus geboren wurde, die Plazenta aber schließlich im Entbindungsbereich des Krankenhauses geboren wurde.
<b>Antwort</b>	Bei einer stationären Aufnahme unmittelbar nach Entbindung des Kindes in der Nachgeburtsperiode ist keine Leistung zu codieren und als Diagnose ICD-10 Z39.0 zu erfassen. Eine Entbindung ist nur zu codieren, wenn die Überwachung und Leitung der Entbindung in der Krankenanstalt erfolgt, die stationäre Aufnahme also spätestens zu Beginn der Austreibungsperiode erfolgt.
<b>Hinweis</b>	08-887
<b>Frage</b>	Ist JN020 auch bei einer Totgeburt zu erfassen? Ab welcher SSW ist dies möglich?
<b>Antwort</b>	Die Leistung JN020 kann grundsätzlich auch bei einer Totgeburt erfasst werden, sofern eine vaginale Entbindung erfolgte. Als untere Grenze, ab der nicht mehr von einer Fehlgeburt, sondern von einer Totgeburt gesprochen wird, gilt im Allgemeinen die vollendete 21. SSW. Eine Codierung der Leistung JN020 ist daher ebenfalls erst ab der 22. SSW möglich.
<b>Hinweis</b>	08-258
<b>Frage</b>	Wie ist eine manuelle Plazentalösung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine manuelle Plazentalösung ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
JM039	Sonstige Operation – Vulva, Perineum (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-272
Frage	Wie ist eine Episiotomie zu codieren?
Antwort	Eine Episiotomie ist 1x unter „JM039 – Sonstige Operation – Vulva, Perineum“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JN079	Sonstige Operation – Geburt (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-271
Frage	Wie ist die operative Versorgung eines Zervixrisses unter der Geburt zu codieren?
Antwort	Die operative Versorgung eines Vaginal- oder Zervixrisses unter der Geburt ist 1x unter „JN079 – Sonstige Operation – Geburt“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JL070 JN079	Neubildung/plastische Rekonstruktion von Vulva und Vagina (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Geburt (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-698
Frage	Wie sind Introitus- und Scheidenrekonstruktionen bei Zustand nach Geburtsverletzungen (auch Dammriss III. oder IV. Grades) zu codieren?
Antwort	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.

### 3.8.8 Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde

#### 3.8.8.1 Mammachirurgie

Code	Bezeichnung
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE060	Subkutane Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE070	Subkutane Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE080	Totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE090	Totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	09-154
Frage	Wie sind Mammaresektionen zu codieren?
Antwort	Mammaresektionen sind 1x pro Seite unter der dafür vorgesehenen Leistungspositionen zu codieren. Bei verpflichtender Angabe der Seitenlokalisierung ist diese mit „L“ bzw. „R“ zu kennzeichnen. <b>Beispiel:</b> Bei gleichzeitiger Entfernung einer gutartigen Läsion (QE020) der linken Brust und einer Teilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (QE050) an der gleichen Brust ist nur QE050 zu codieren.
Hinweis	09-153
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung an der linken Brust ein gutartiger Tumor entfernt wird und an der rechten Brust eine Teilresektion mit Lymphadenektomie durchgeführt wird?
Antwort	Es ist je 1x unter „QE020 – Exzision gutartiger Läsionen der Mamma“ und „QE050 – Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie“ zu codieren. Bei verpflichtender Angabe der Seitenlokalisierung ist diese mit „L“ bzw. „R“ zu kennzeichnen.

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

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

Code	Bezeichnung
<b>QE020</b>	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE040</b>	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
<b>QE050</b>	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-156
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation eines Mammatumors bei einer Patientin mit einer Neoplasie unbekannter Dignität oder einem Carcinoma in situ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Teilresektion der Mamma bei nicht ausgeschlossener Malignität ist unabhängig vom endgültigen histologischen Befund unter „QE040 – Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie“ bzw. „QE050 – Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie“ zu codieren. Das Ergebnis des histologischen Befundes ist aber zur korrekten Codierung der Entlassungsdiagnose erforderlich. Exzisionen von Veränderungen mit zunächst unbekannter Dignität, bei denen intraoperativ ein Malignitätsausschluss mittels Schnellschnittdiagnostik erfolgte, sind unter QE020 zu codieren.
<b>Hinweis</b>	09-158
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Patientin zu codieren, bei der in einer Sitzung eine Mamma-Probexzision durchgeführt wird und bei der nach dem Vorliegen des Resultats einer Schnellschnitt histologie eine brusterhaltende Operation eines Mammakarzinoms angeschlossen wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „QE040 – Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie“ bzw. „QE050 – Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie“ zu codieren. Die Probexzision und die Schnellschnittdiagnostik sind Bestandteil der Teilresektion und innerhalb einer Operationssitzung (am selben Tag, d.h. auch bei einer kurzen Unterbrechung zur Befundung des Schnellschnittes) inkludiert.

Code	Bezeichnung
<b>QE020</b>	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE030</b>	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
<b>QZ109</b>	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-159
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation eines Abszesses der Mamma zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Inzision und Drainage eines kutanen Abszesses ist unter „QZ109 – Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis“ zu codieren. Die Ausräumung und Drainage eines Abszesses im Bereich des Drüsengewebes ist unter „QE020 – Exzision gutartiger Läsionen der Mamma“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QE030</b>	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-152
<b>Frage</b>	Wie ist die Resektion einer Gynäkomastie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite unter „QE030 – Entfernung einer Gynäkomastie“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	09-965
<b>Frage</b>	Wie ist eine Bruststraffung (Mastopexie) beim Mann zu codieren?
<b>Antwort</b>	Brustkorrekturen beim Mann sind unter „QE030 – Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)“ zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>QE110</b>	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)
<b>QE120</b>	Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Seite)
<b>QE130</b>	Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-163
<b>Frage</b>	Wie sind Mammarekonstruktionen (nach Resektion) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Je nach Art der Rekonstruktion ist 1x pro Seite unter „QE110 – Mammarekonstruktion mit Implantat“, „QE130 – Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik“, „QE120 – Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik“ zu codieren. Bei kombinierten Rekonstruktionen sind beide Verfahren, z.B. QE110 und QE130 zu codieren. Die Versorgung der Entnahmestelle ist Teil der Lappenplastik und nicht gesondert zu erfassen. Eine erforderliche Neubildung der Mamille ist 1x pro Seite unter „QE150 – Rekonstruktion der Mamille“ zu codieren. Im Rahmen von Eingriffen an der Mamma erfolgende Lagekorrekturen der Mamille sind nicht zu codieren.

<b>Hinweis</b>	09-924
<b>Frage</b>	Wie sind Mammarekonstruktionen, bei denen auf der gleichen Seite sowohl ein gestielter myokutaner Lappen (QE130) als auch ein Implantat (QE110) zum Einsatz kommen, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei kombinierten Rekonstruktionen sind beide Verfahren, z.B. QE110 und QE130 zu codieren.
<b>Hinweis</b>	09-966
<b>Frage</b>	Wie ist eine Brustrekonstruktion mit einem Omentum-Lappen zu codieren? Der Lappen wird laparoskopisch gewonnen.
<b>Antwort</b>	Eine Brustrekonstruktion mittels gestieltem Omentum-majus-Lappen ist unter QE130 zu codieren. Die laparoskopische Entnahme ist nicht zusätzlich zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>QE100</b>	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE160</b>	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)
<b>QE170</b>	Mastopexie mit Prothese (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-160
<b>Frage</b>	Wie ist eine beidseitige Reduktionsplastik und Mastopexie in einer Sitzung zu codieren? Ist die Mastopexie in der Reduktionsplastik inkludiert?
<b>Antwort</b>	Die Reduktionsplastik der Mamma ist 1x je Seite unter „QE100 – Reduktionsplastik der Mamma“ zu codieren und umfasst auch eine Pexie des belassenen Gewebes.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>QE100</b>	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)
<b>QE180</b>	Mammaaugmentation (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	09-162
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen bei einer Mammaasymmetrie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Seite unter „QE100 – Reduktionsplastik der Mamma“ oder „QE180 – Mammaaugmentation“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
QE150	Rekonstruktion der Mamille (LE=je Seite)
Hinweis	09-166
Frage	Wann ist die Leistung „QE150 – Rekonstruktion der Mamille“ zu codieren?
Antwort	„QE150 – Rekonstruktion der Mamille“ ist zu codieren, wenn nach Verlust der Mamille (z.B. im Rahmen einer Mastektomie) eine entsprechende Neubildung erfolgt. Bei einer Lagekorrektur der Mamille ist QE150 nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
QE120	Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Seite)
QE130	Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik (LE=je Seite)
QZ080	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-164
Frage	Ist bei einer Mammarekonstruktion mit TRAM (Transposition eines abdominal-myocutanen Flacs gestielt oder frei) die Rekonstruktion der Bauchdecke nach Entnahme des Flacs zusätzlich zu codieren?
Antwort	Die Rekonstruktion der Bauchdecke nach Entnahme des Flacs ist Bestandteil der Operation und nicht zusätzlich zu codieren.
Hinweis	09-165
Frage	Wie ist eine beidseitige Mammarekonstruktion mit gestieltem myokutanem TRAM (Transposition eines abdominal-myocutanen Flacs) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x pro Seite unter „QE130 – Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik“ zu codieren.
Hinweis	09-904
Frage	Wie ist ein Brustaufbau mit Omentumplastik zu codieren?
Antwort	Ein Brustaufbau mit Omentumplastik ist unter „QE130 – Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik (LE=je Seite)“ zu codieren.

### 3.8.8.2 Operationen an Haut und Weichteilgewebe

Code	Bezeichnung
<b>QE180</b>	Mammaaugmentation (LE=je Seite)
<b>QZ090</b>	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)
<b>QZ989</b>	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-909
<b>Frage</b>	Wie ist eine Brustvergrößerung mittels Eigenfettinjektion („Lipofilling“) zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Unterspritzungen mit Eigenfett sind im stationären Bereich nicht und im ambulanten Bereich unter QZ989 zu codieren.</p> <p>QE180 ist nur zu codieren, wenn die Augmentation durch eine Operation (Definition der Operation siehe Leistungskatalog, Seite 14) und mittels eines geeigneten Implantats vorgenommen wird.</p> <p>QZ090 ist nur zu codieren, wenn in einer Voroperation eine myokutane oder freie Lappenplastik durchgeführt wurde. QZ090 umfasst operative Korrekturen am Lappengewebe (z.B. Lappenausdünnung) und/oder der zuführenden Gefäße (auch Revaskularisation).</p>

Code	Bezeichnung
<b>QZ010</b>	Großflächige (> 9% KOF) Nekrosektomie an der Haut (LE=je Sitzung)
<b>QZ109</b>	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
<b>QZ585</b>	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen (LE=je Sitzung)
<b>QZ760</b>	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-907
<b>Frage</b>	Wie sind Nekrosenabtragungen an der Haut zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>QZ010 ist nur bei großflächigen Nekrosenabtragungen (&gt; 9% der Körperoberfläche), wie z.B. nach Verbrennungen oder Verätzungen, zu codieren.</p> <p>Eine regionale Nekrosektomie an der Haut, z.B. bei Ulkus/Dekubitus mit Ausschneiden und Anfrischen der Wundränder, ist unter QZ760 zu codieren. Diese Codierung gilt stationär und ambulant.</p> <p>QZ585 ist nur im ambulanten Bereich bei Exkochleationen, Verätzungen etc. zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
<b>QZ060</b>	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-1102 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist ein Composite-Graft zur Nasenflügelrekonstruktion zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Rekonstruktion mittels Composite-Graft im Bereich der Nase ist unter der Leistung QZ060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ525</b> <b>QZ550</b>	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung) Plastischer Wundverschluss (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-975 (aktualisiert)
<b>Frage</b>	Wie sind Exzisionen/Resektionen an Haut und Weichteilen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Inzisionen/Exzisionen (z.B. Nävus) an Haut und Weichteilen sind unter QZ525 zu codieren. Wenn ein plastischer Wundverschluss erforderlich ist (z.B. Basaliom), ist zusätzlich QZ550 zu codieren. Wird der Gewebsdefekt erst in einer 2. Sitzung verschlossen, ist in der 1. Sitzung QZ525 und in der 2. Sitzung QZ550 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ550</b>	Plastischer 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>QZ050</b>	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
<b>QZ060</b>	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
<b>QZ070</b>	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>QZ080</b>	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-976
<b>Frage</b>	Wie sind Rekonstruktionen und Gewebersatz an Haut und Weichteilen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Rekonstruktion durch Spalthaut oder Vollhaut ist 1x je Sitzung unter „QZ050 – Spalthauttransplantation“ oder „QZ060 – Vollhauttransplantation“ zu codieren. Bei größeren Gewebsdefekten, die eine Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder freier Lappenplastik erfordern, ist die Rekonstruktion unter „QZ070 – Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik“ oder „QZ080 – Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik“ zu codieren. Die Versorgung der Entnahmestelle ist Teil der Operation und nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NJ070</b>	Muskeltransfer, -transplantation an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>QZ050</b>	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
<b>QZ070</b>	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-908
<b>Frage</b>	Wie ist eine Defektdeckung an der unteren Extremität mit einem gestielten Muskellappen und Spalthauttransplantation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch die Defektdeckung durch einen Muskellappen ohne kutanen Anteil ist unter QZ070 zu codieren. Die Spalthauttransplantation ist unter QZ050 zu codieren. NJ070 ist bei einem funktionellen Muskeltransfer zu codieren und bei einer Defektdeckung nicht zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>QZ080</b>	Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-839
<b>Frage</b>	Wie ist eine mikrovaskuläre Knochentransplantation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine freie Knochentransplantation mit mikrovaskulärem Stiel und Anastomosierung ist wie eine freie myokutane Lappenplastik unter QZ080 zu codieren. Die wesentlichen Voraussetzungen zur Codierung sind die Entnahme des Gewebes inklusive Gefäßstiel, das Einpassen in den zu rekonstruierenden Defekt, sowie die arterielle und venöse Anastomose. Die Leistungseinheit ist je Sitzung.

Code	Bezeichnung
<b>QZ010</b> <b>QZ109</b> <b>QZ760</b>	Großflächige (>9% KOF) Nekrosektomie an der Haut (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung) Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-792
<b>Frage</b>	Wie sind regionale Nekrosektomien an der Haut, wie das Ausschneiden und Anfrischen eines Dekubitus, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine regionale Nekrosektomie an der Haut, z.B. bei Ulkus/Dekubitus mit Ausschneiden und Anfrischen der Wundränder, ist unter QZ760 zu codieren. QZ010 ist nur bei großflächigen Schädigungen der Haut (> 9%) zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Nekrosektomien bei tiefen Ulzera oder Dekubitus Grad 4 sind unter LZ032 bzw. NZ032 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LZ033</b> <b>QZ525</b>	Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung) Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-815 (aktualisiert)
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation eines Sinus pilonidalis nach Karydakis zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die asymmetrische Exzision des Sinus pilonidalis nach Karydakis ist unter LZ033 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ030</b> <b>QZ090</b> <b>QZ109</b>	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung) Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-368
<b>Frage</b>	Wie sind Narbenkorrekturen mit mehrfachen Z-Plastiken zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Korrektur von Narben durch lokale Verschiebepplastiken und Resektion von Narbengewebe ist 1x je Sitzung unter „QZ030 – Narbenkorrektur und -resektion“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ109</b>	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-142
<b>Frage</b>	Wie ist bei einem ästhetischen Eingriff zur Korrektur des alternden Gesichts zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Sitzung unter „QZ109 – Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis“ sowie unter der entsprechenden Diagnose (z.B. ICD-10 L57.8, L85.3 oder L94.2) zu codieren.
<b>Hinweis</b>	09-369
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen bei Adipositas mit Liposuction zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Operation bei Adipositas mit Liposuction (Fettabsaugung) ist 1x je Sitzung unter „QZ109 – Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QZ525</b> <b>QZ550</b>	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung) Plastischer Wundverschluss (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	09-1032 (aktualisiert)
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Lipomen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung kleiner Lipome ist unter QZ525 zu codieren. Bei Entfernung eines großen Lipoms mit plastischem Wundverschluss ist zusätzlich QZ550 zu codieren. Die Mitnahme von Lipomen bei anderen Operationen ist nicht zusätzlich zu erfassen.

### 3.8.9 Kapitel 10 – Bewegungsapparat

#### 3.8.9.1 Bewegungsapparat der oberen Extremität

Code	Bezeichnung
<b>MA030</b>	Subakromiale Dekompression – offen (LE=je Seite)
<b>MA040</b>	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>MJ010</b>	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – offen (LE=je Seite)
<b>MJ020</b>	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>MJ110</b>	Muskeltransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-283
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen an der Rotatorenmanschette zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine subacromiale Dekompression ist 1x pro Seite unter MA030 oder MA040 zu codieren. Eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ist 1x pro Seite unter MJ010 oder MJ020 zu codieren. Wird zusätzlich ein Pectoralis-major-Transfer durchgeführt, ist dieser unter „MJ110 – Muskeltransfer, -transplantation an der oberen Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ME060</b>	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>MJ040</b>	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>	Proximale Refixation der Bizepssehne – offen (LE=je Seite)
<b>MJ040</b>	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>MA040</b> <b>ME030</b>	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite) Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-797
<b>Frage</b>	Bei der Codierung von MA040 in Kombination mit ME030 entsteht ein Warnhinweis, warum?
<b>Antwort</b>	<p>Bei den Leistungen ME020 und ME030 (Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks) ist in der Beschreibung angeführt, dass es sich um Operationen bei Instabilität des AC-Gelenks handelt, die sowohl eine Resektion als auch eine Rekonstruktion (Ersatz, korakoklavikuläre/akromioklavikuläre Augmentation) umfassen. Diese Operationen sind im Regelfall im Bereich der Sporttraumatologie angesiedelt.</p> <p>Bei der gelegentlich auch als Resektionsarthroplastik bezeichneten AC-Gelenksresektion (z.B. nach Mumford) handelt sich um ein Absetzen des lateralen Klavikulaanteils ohne Ersatz und Augmentation und somit nicht um die unter ME020 bzw. ME030 zu codierende Leistung.</p> <p>Die Kombination MA040 mit ME030 löst ein Warning aus, weil es höchst unwahrscheinlich ist, dass diese beiden Leistungen in Kombination erbracht werden. Im Rahmen der nächsten Wartung des Leistungskatalogs wird geprüft, ob gegebenenfalls eine eigene Position für die AC-Gelenksresektion geschaffen werden kann.</p>

Code	Bezeichnung
<b>ME080</b> <b>ME120</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite) Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-282
<b>Frage</b>	Wie ist eine arthroskopische Bankartoperation bei rezidiv. Luxation des Schultergelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Eine arthroskopische Bankartoperation ist 1x pro Seite unter „ME080 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch“ zu codieren.</p> <p>Bei offener Bankartoperation ist 1x pro Seite unter „ME120 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen“ zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
<b>ME120</b> <b>ME130</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite) Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-927
<b>Frage</b>	Wie ist das Einbringen von Implantaten, z.B. zur Stabilisierung des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Das Einbringen von Implantaten ist Bestandteil der jeweiligen Leistungspositionen und daher nicht gesondert zu codieren. Die Implantation einer Teilendoprothese ist nur dann zu codieren, wenn ein Teil des körpereigenen Gelenks entfernt und durch einen endoprothetischen Gelenksersatz ersetzt wird, z.B. Oberarmkopfprothese.

Code	Bezeichnung
<b>ME080</b> <b>ME120</b> <b>PA050</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite) Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite) Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-967
<b>Frage</b>	Wie ist eine sogenannte J-Span-Plastik bei rezidivierender Schulterluxation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine J-Span-Plastik ist unter „ME080 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)“ bzw. „ME120 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)“ zu codieren. Die Spangewinnung aus dem Beckenkamm ist zusätzlich unter PA050 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.

Code	Bezeichnung
<b>ME130</b>	Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>ME170</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>ME200</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-279
<b>Frage</b>	Unter welcher Leistung ist die Implantation einer Deltaprothese, sog. „Grammont“-Prothesen, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation einer Deltaprothese ist unter „ME170 – Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ME100</b>	Arthrolyse des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
<b>ME130</b>	Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>MZ209</b>	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>MB030</b>	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)
<b>EC050</b>	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>AJ010</b>	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-648
<b>Frage</b>	Wie sind Osteosynthesen bei Frakturen mit begleitenden Gefäß-/Nervenverletzungen zu codieren (Beispiel distaler Oberarm)?
<b>Antwort</b>	Osteosynthesen sind unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. Die im Zuge einer Osteosynthese erforderliche Schonung begleitender Nerven (Freilegung, Verlagerung z.B. des N. ulnaris bei Olecranonfraktur) ist nicht zu codieren. Die operative Sanierung einer Verletzung eines begleitenden Nervs durch Naht ist unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. <b>Beispiel:</b> 1x „MB030 – Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)“ und 1x „AJ010 – Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite)“ Die operative Sanierung einer Verletzung einer begleitenden Arterie durch Naht ist unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. <b>Beispiel:</b> 1x „MB030 – Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)“ und 1x „EC050 – Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)“

Code	Bezeichnung
<b>MB030</b>	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)
<b>MC010</b>	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
<b>MF050</b>	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-647
<b>Frage</b>	Wie sind Osteosynthesen im Bereich der Gelenke (am Beispiel des Ellbogens) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Osteosynthesen im Bereich der Kondylen (unikondyläre Fx., bikondyläre Fx., supra-kondyläre Fx., etc.) sind unter „MB030 – Osteosynthese am distalen Oberarm“ zu codieren. Osteosynthesen im Bereich des proximalen Radius/der proximalen Ulna, bzw. bei Abriss des Olecranon sind unter „MC010 – Osteosynthese am proximalen Unterarm“ zu codieren. Bei erforderlicher Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates ist unter „MF050 – Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Ellbogengelenks“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MB010</b>	Osteosynthese am proximalen Oberarm (LE=je Seite)
<b>MB020</b>	Osteosynthese am Oberarmschaft (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-281
<b>Frage</b>	Wie ist eine subkapitale Osteosynthese bzw. eine Tuberculumverschraubung (Refixierung bei subcapitaler Oberarmfraktur bzw. Drei- und Vierfragmentfraktur) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Osteosynthese kapitaler und subkapitaler Humerusfrakturen ist 1x pro Seite unter „MB010 – Osteosynthese am proximalen Oberarm“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MC010</b>	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-287
<b>Frage</b>	Wie ist die Osteosynthese einer Trümmerfraktur des Olecranon mit erforderlicher Subcutanverlagerung des N. ulnaris zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „MC010 – Osteosynthese am proximalen Unterarm“ zu codieren. Die im Zuge einer Osteosynthese erforderliche Schonung des begleitenden Nerven (Freilegung, Verlagerung) ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MC010</b>	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-286
<b>Frage</b>	Wie ist die Operation einer Radiusköpfchenfraktur (offene Reposition, Verschraubung) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine offene Reposition und Verschraubung des Radiusköpfchens ist unter „MC010 – Osteosynthese am proximalen Unterarm“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MF510</b>	Tenotomie am Ellbogen (LE=je Seite)
<b>MJ130</b>	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MJ140</b>	Faszienspaltung an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MZ209</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1001
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation bei Epicondylitis radialis (nach Hohmann/nach Wilhelm) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen bei Epicondylitis radialis sind unter MF510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MG020</b>	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)
<b>MJ130</b>	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-289
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in der gleichen Sitzung am gleichen Handgelenk eine arthroskopische Operation und eine Tenolyse durchgeführt werden?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „MG020 – arthroskopische Operation des Handgelenks“ und 1x unter „MJ130 – Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MG040</b> <b>MZ010</b>	Arthrodese des Handgelenks (LE=je Seite) Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-318
<b>Frage</b>	Wie ist bei gleichzeitiger Arthrodese und Entfernung von Osteosynthesematerial zu codieren (Beispiel Hand)?
<b>Antwort</b>	Es ist sowohl die Arthrodese als auch die Entfernung von Osteosynthesematerial zu codieren. <b>Beispiel:</b> 1x „MG040 – Arthrodese des Handgelenks“ und 1x „MZ010 – Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität“

Code	Bezeichnung
<b>MG150</b> <b>MH040</b>	Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite) Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-877
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation mit Einbringung eines Pyrocardan-Trapezometacarpal-Implantates zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Pyrocardan-Trapezometacarpal-Implantat ist ein Interponat zur Verbesserung/ Wiederherstellung der Gelenkfunktion und kein Gelenkersatz. Eine Operation mit Einbringung eines Pyrocardan-Trapezometacarpal-Implantates ist daher unter „MH040 – Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)“ zu codieren. Die Codierung von „MG150 – Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite)“ ist nur zulässig, wenn ein Gelenkersatz durch eine Endoprothese erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>MH010</b> <b>MH070</b>	Arthrodese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite) Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>Hinweis</b>	10-319
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine Explantation einer Endoprothese und eine Arthrodese in der gleichen Sitzung durchgeführt werden (Beispiel Hand)?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Seite die Explantation der Endoprothese und 1x pro Seite die Arthrodese des jeweiligen Gelenks zu codieren. <b>Beispiel:</b> 1x „MH070 – Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger“ und 1x „MH010 – Arthrodese – Mittelhand, Finger“.

Code	Bezeichnung
<b>MH060</b>	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>Hinweis</b>	10-291
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistungseinheit bei „MH060 – Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger“ definiert? Wie ist z.B. die Implantation einer Endoprothese am PIP III und am PIP IV Gelenk der rechten Hand zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungseinheiten bei der Implantation von Endoprothesen sind je vollständig implantierter Prothese definiert. Im angeführten Beispiel ist „MH060 – Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger“ mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MH060</b>	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
<b>Hinweis</b>	10-876
<b>Frage</b>	Wie ist der Ersatz eines MCP-Gelenks durch die Implantation eines Swanson-Spacers zu codieren?
<b>Antwort</b>	Der Ersatz der MCP und Fingergelenke durch flexible Spacer nach Swanson ist als Endoprothese Mittelhand/Finger zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>MJ150</b>	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-274
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung an einer Hand eine Operation bei Dupuytrenscher Kontraktur und eine Operation eines Karpaltunnelsyndroms durchgeführt werden?
<b>Antwort</b>	Es ist je 1x unter „MJ150 – Palmare Fasziektomie“ und „AJ070 – Dekompression des Nervus medianus – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ060</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)
<b>MJ080</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MJ130</b>	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MJ150</b>	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)
<b>MZ020</b>	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-275
<b>Frage</b>	Wie sind Begleiteingriffe wie Tenolyse, Sehnennaht oder Exstirpation einer Synovialzyste im Rahmen einer Operation einer Dupuytrenschen Kontraktur zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Operation einer Dupuytrenschen Kontraktur ist 1x je Seite unter „MJ150 – Palmare Fasziektomie“ zu codieren. Die Begleiteingriffe sind unter der jeweiligen Leistungsposition für den Eingriff zu codieren: MJ130 für die Tenolyse, MJ060 oder MJ080 für die Sehnennaht, MZ020 für die Exstirpation einer Synovialzyste.

Code	Bezeichnung
<b>MJ150</b>	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-292
<b>Frage</b>	Wie ist eine Palmare Fasziektomie mit Z-Plastik zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Seite unter „MJ150 – Palmare Fasziektomie“ zu codieren. Die Entfernung der Palmaraponeurose und eine Z-Plastik sind Bestandteil der Leistung. Eine in Einzelfällen zusätzlich erforderliche Vollhauttransplantation ist zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ080</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MZ209</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-277
<b>Frage</b>	Wie ist eine Refixation der Trizepssehne zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Refixation der Trizepssehne ist unter „MJ080 – Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ070</b>	Naht, knöcherner Refixation mehrerer Beugesehnen der Hand (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-352
<b>Frage</b>	Wie ist die Naht von 4 Beugesehnen an einer Hand (z.B. nach Durchtrennung bei einem Arbeitsunfall) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „MJ070 – Naht, knöcherner Refixation mehrerer Beugesehnen der Hand“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ100</b>	Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-288
<b>Frage</b>	Wie ist eine Verlängerung der Flexor-carpi-radialis-Sehne zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite unter „MJ100 – Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ100</b>	Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-350
<b>Frage</b>	Wie ist ein Indicus-proprius-Transfer (z.B. bei einem Riss der Daumenstrecksehne) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite unter „MJ100 – Sehnentransfer, -transplantation an der oberen Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MJ160</b> <b>MZ209</b>	Ausräumung einer Phlegmone der Hand (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-298
<b>Frage</b>	Wie ist die operative Sanierung eines Panaritiums mit incipienter Hohlhandphlegmone zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite unter „MJ160 – Ausräumung einer Phlegmone der Hand“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>MZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MZ209</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>NZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>NZ179</b>	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.

Code	Bezeichnung
<b>MZ111</b>	Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite) (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-297
<b>Frage</b>	Wie ist eine Fingeramputation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Fingeramputation ist unter „MZ111 – Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite)“ zu codieren.

### 3.8.9.2 Bewegungsapparat der unteren Extremität

#### 3.8.9.2.1 Endoprothetik Hüftgelenk und allgemein

Code	Bezeichnung
<b>ME140</b>	Explantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>ME170</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>ME180</b>	Reimplantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>NE090</b>	Explantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE120</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE140</b>	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NF190</b>	Explantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>NF230</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>NF250</b>	Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-301
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel einer Teil-/Totalendoprothese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Beim Wechsel einer Teil-/Totalendoprothese ist sowohl die Explantation als auch die Reimplantation der entsprechenden Endoprothese zu codieren. <b>Beispiel:</b> „NE130 – Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ und „NE140 – Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“
<b>Hinweis</b>	10-866
<b>Frage</b>	Wie ist beim Wechsel einer Endoprothese mit Umstieg von einer Teil- auf eine Totalendoprothese z.B. des Hüftgelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch hier ist unter der jeweiligen Explantation und Reimplantation zu codieren. Beispiel: „NE090 – Explantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks“ und „NE140 – Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ Die Leistung Implantation einer Totalendoprothese ist nur zu codieren, wenn zuvor weder eine Teil- noch eine Totalendoprothese implantiert wurde.

Code	Bezeichnung
<b>NE111</b>	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Pfanneninlay (LE=je Seite)
<b>NE112</b>	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftkopf (LE=je Seite)
<b>NE131</b>	Explantation der Pfanne einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE132</b>	Explantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE141</b>	Reimplantation der Pfanne einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE142</b>	Reimplantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-303
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel von Teilen einer Totalendoprothese am Beispiel des Hüftgelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Beim Austausch eines knochenverankerten Prothesenteils (Pfanne oder Schaft) sind die beiden korrespondierenden Leistungen für die Explantation und die Reimplantation zu codieren.</p> <p><b>Beispiel:</b>          „NE132 – Explantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)“ und          „NE142 – Reimplantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)“</p> <p>Der Wechsel des Hüftkopfes bzw. des Pfanneninlays ist von NE132 und NE142 bzw. NE131 und NE141 umfasst und nicht zusätzlich zu codieren.</p> <p>Bei einem Wechsel des Pfanneninlays/Hüftkopfes ohne den korrespondierenden knochenverankerten Teil ist NE111/NE112 zu codieren.</p> <p><b>Beachte:</b> Der Revisionsgrund ist als Zusatzdiagnose anzugeben.</p>

Code	Bezeichnung
<b>NE105</b>	Implantation eines Spacers am Hüftgelenk (LE=je Seite)
<b>NE130</b>	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-806
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn nach der Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks an Stelle einer neuen Prothese ein Spacer eingesetzt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist je 1x unter NE130 und NE105 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NE150</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>ME200</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>MF140</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
<b>NF260</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-308
<b>Frage</b>	Wann ist die Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Voraussetzungen zur Codierung: Implantation einer speziellen, individuell angefertigten oder angepassten Prothese (Resektions- bzw. Tumorprothesen); ausgedehnte Knochenresektion (ab ca. 1/3 der Schaftlänge). <b>Grundregel:</b> Die Codierung einer Tumor-/Resektionsendoprothese ist dann zulässig, wenn ein Verlust von mindestens einem Drittel des Knochens beschrieben ist.
<b>Hinweis</b>	10-791
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn die Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese im Rahmen eines Prothesenwechsels erfolgt?
<b>Antwort</b>	Wenn die in der Leistungsbeschreibung angeführten Voraussetzungen erfüllt sind, ist auch bei einer Reimplantation unter der jeweiligen Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NA060</b>	Pfannendachplastik (LE=je Seite)
<b>NE120</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE130</b>	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE140</b>	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-312
<b>Frage</b>	Wann ist bei der Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks die gleichzeitige Codierung einer Pfannendachplastik gerechtfertigt?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall nicht. Eine im Rahmen der Implantation einer Totalendoprothese durchgeführte Erweiterung des Pfannenerkers (z.B. durch Anheften von Knochen aus dem entnommenen Hüftkopf) erfüllt nicht die Kriterien einer Pfannendachplastik. Der in Einzelfällen, insbesondere im Rahmen der Reimplantation von Totalendoprothesen (NE140), erforderliche Aufbau des Pfannenerkers bzw. Pfannendaches ist unter NA060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NE050</b>	Arthrolyse des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
<b>NE070</b>	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
<b>NE120</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE140</b>	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-311
<b>Frage</b>	Ist bei der Implantation einer Totalendoprothese (z.B. des Hüftgelenks) zusätzlich eine komplette Synovektomie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall nicht. Die im Rahmen der Implantation einer Totalendoprothese durchgeführte Synoviaentfernung ist Bestandteil der Implantation und erfüllt nicht die Kriterien der kompletten Synovektomie. In Einzelfällen sind insbesondere im Rahmen der Explantation von Totalendoprothesen erforderliche komplette Synovektomien (z.B. bei ausgeprägter Synovitis) unter den jeweiligen Leistungspositionen zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NE080</b>	Implantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NE120</b>	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-300
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Osteosynthesematerial (z.B. proximaler Femur-nagel) bei der Implantation einer Endoprothese (z.B. Totalendoprothese der Hüfte) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x je Seite „NZ010 – Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität“ und 1x „NE120 – Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NB020</b>	Petrochantäre/subtrochantäre Osteosynthese (LE=je Seite)
<b>NB030</b>	Osteosynthese am Oberschenkelschaft (LE=je Seite)
<b>NB040</b>	Osteosynthese am distalen Oberschenkel (LE=je Seite)
<b>NB050</b>	Osteosynthese des Oberschenkels bei periprothetischer Fraktur (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-937
<b>Frage</b>	Wie ist die Versorgung periprothetischer Frakturen des Hüftgelenks zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Osteosynthesen von Frakturen im Verlauf der implantierten Endoprothese sind generell unter NB050 zu codieren.</p> <p>Wenn die Prothese belassen wird und eine Osteosynthese der periprothetischen Fraktur erfolgt, ist nur NB050 zu codieren.</p> <p>Wenn die Prothese oder ein Teil der Prothese getauscht wird und zusätzlich eine Osteosynthese (z.B. durch Cerclagen) erfolgt, sind sowohl die entsprechenden Positionen für die Ex-/Reimplantation, als auch NB050 zu codieren.</p> <p>Die Versorgung von intraoperativ auftretenden Frakturen bei Implantation oder Wechsel einer Endoprothese ist ebenfalls unter NB050 zu codieren. Als Zusatzdiagnose ist ICD-10 M96.6 zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
<b>NB020</b>	Petrochantäre/subtrochantäre Osteosynthese (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-307
<b>Frage</b>	Wie codiert man die operative Versorgung einer kombinierten petrochantären und subtrochantären Oberschenkelfraktur?
<b>Antwort</b>	Die Versorgung einer kombinierten per- und subtrochantären Femurfraktur ist 1x unter „NB020 – Petrochantäre/subtrochantäre Osteosynthese“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NE150</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>NF260</b>	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-310
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation eines „Total Femur“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei der Implantation eines „Total Femur“ ist je 1x unter „NE150 – Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks“ und „NF260 – Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NF020</b> <b>NF160</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-323
<b>Frage</b>	Wie ist eine arthroskopische Meniskusresektion und eine offene Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes in einer Sitzung an einem Bein zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x „NF160 – Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NF020</b> <b>NF050</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-328
<b>Frage</b>	In einer Sitzung wurde eine arthroskopische Teilresektion des medialen Meniscus, eine arthroskopische Notchplastik und eine arthroskopische vordere Kreuzbandplastik durchgeführt. Wie ist zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die arthroskopische Teilresektion des medialen Meniscus ist unter „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ zu codieren. Die arthroskopische vordere Kreuzbandplastik ist unter „NF050 – Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch“ zu codieren. Die Notchplastik ist Bestandteil der Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes.

Code	Bezeichnung
<b>NF050</b> <b>NJ065</b>	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite) Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-878
<b>Frage</b>	Inwiefern dürfen Eingriffe an den Sehnen, mit denen das Kreuzband wiederhergestellt wird, zusätzlich erfasst werden?
<b>Antwort</b>	Bei einer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes ist 1x unter NF050 zu codieren. NF050 umfasst alle für die Rekonstruktion erforderlichen Maßnahmen, wie z.B. eine Graziolis-Plastik. Die Verwendung körpereigener Sehnen ist keinesfalls zusätzlich unter „NJ065 – Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NF020</b> <b>NF180</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-842
<b>Frage</b>	Wie ist eine arthroskopische Operation des Kniegelenks mit Einbringung eines „Kollagen-Meniskus-Implantats“ (CMI) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die arthroskopische Operation ist unter NF020 zu codieren. Das Kollagen-Meniskus-Implantat ist nicht speziell zu codieren. Die Codierung unter einer anderen Leistung wie z.B. „NF180 –Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)“ ist nicht zulässig.

Code	Bezeichnung
<b>NF170</b> <b>NZ179</b>	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-324
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine Seitenband- und eine Rekonstruktion der Kreuzbänder an einem Kniegelenk durchgeführt werden?
<b>Antwort</b>	Die Kreuzbandrekonstruktion ist 1x unter z.B. „NF170 – Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – offen“ zu codieren, die Seitenbandrekonstruktion ist 1x unter „NZ179 – Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NF090</b>	Arthrodese des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1002
<b>Frage</b>	Wie ist eine Arthrodese mit Fixateur Externe zu codieren?
<b>Antwort</b>	In Analogie zur Codierung von Osteosynthesen (Hinweis 10-358) ist unter der entsprechenden Leistung für die Arthrodese zu codieren, z.B unter NF090.

Code	Bezeichnung
NF030	Mosaikplastik – arthroskopisch (LE=je Seite)
NF120	Mosaikplastik – offen (LE=je Seite)
NF126	Einzeitiger matrix-assistierter Knorpelersatz am Kniegelenk – arthroskopisch (LE=je Seite)
NF131	Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten – offen (LE=je Seite)
NF132	Implantation von kultivierten autologen Chondrozyten – arthroskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	10-1052 (aktualisiert)
Frage	Was ist bei der Codierung dieser Leistungen zu beachten?
Antwort	<p>Die Leistungen NF131 und NF132 beinhalten sowohl die Kultivierung zuvor entnommener Chondrozyten als auch die Implantation am Kniegelenk.</p> <p>Die Leistungen NF131 und NF132 sind nur bei der Kultivierung autologer Chondrozyten zur Implantation bei isolierten posttraumatischen Gelenkschäden sowie bei juveniler Osteochondritis dissecans an den Femurkondylen zu codieren.</p> <p>Die Leistung NF126 ist bei einem einzeitigen matrix-assistierten Knorpelersatz am Kniegelenk zu codieren.</p> <p>Andere einzeitige Rekonstruktionen am Knorpel des Kniegelenks sind unter NF030 bzw. NF120 zu codieren.</p>

Code	Bezeichnung
NF180	Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF230	Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-802
Frage	Wie ist die Implantation einer Schlittenprothese (Halbseitenprothese) des Kniegelenks zu codieren?
Antwort	<p>Die Implantation einer Schlittenprothese (Halbseitenprothese) des Knies ist unter Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite) zu codieren.</p> <p>Die Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks ist nur dann zu codieren, wenn ein vollständiger Gelenkersatz erfolgt.</p>

Code	Bezeichnung
NF211	Implantation eines Patellaersatzes (LE=je Seite)
Hinweis	10-315
Frage	Wann ist „NF211 – Implantation eines Patellaersatzes (LE=je Seite)“ zu codieren?
Antwort	<p>NF211 ist bei jeder Implantation einer Patellagleitfläche zu codieren, unabhängig davon, ob der Ersatz im Rahmen einer Implantation bzw. Reimplantation oder als eigenständiger Eingriff erfolgte.</p> <p><b>Anmerkung:</b> Im Rahmen einer Implantation bzw. Reimplantation einer Totalendoprothese ist die Leistung beinhaltet und wird daher nicht zusätzlich bepunktet.</p>

Code	Bezeichnung
NC050	Osteotomie am Unterschenkel (LE=je Seite)
NJ020	Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks (LE=je Seite)
NJ065	Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß (LE=je Seite)
Hinweis	10-910
Frage	Wie ist eine Operation bei chronischer Patellarinstabilität mit Versetzen der Tuberositas tibiae und MPFL-Plastik (MPFL: Mediales patellofemorales Ligament) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „NJ020 – Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks“ zu codieren. NJ020 umfasst sämtliche erforderlichen Operationsschritte. Dazu gehören sowohl die Versetzung der Tuberositas tibiae als auch Eingriffe an den Sehnen. Die Leistungen NJ065 und NC050 sind daher nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
NJ020	Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-320
Frage	Wie ist zu codieren, wenn nach einer traumatischen Patellaluxation eine operative Versorgung durchgeführt wird?
Antwort	Die operative Versorgung einer Patellaluxation ist 1x je Seite unter „NJ020 – Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks“ zu codieren.
Hinweis	10-321
Frage	Wie ist eine Tuberositasosteotomie Elmslie-Trillat bei retropatellarer Chondropathie zu codieren?
Antwort	Eine Tuberositasosteotomie Elmslie-Trillat ist 1x je Seite unter „NJ020 – Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
<b>NF020</b> <b>NZ020</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-331
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer arthroskopischen Operation am Kniegelenk über einen eigenen offenen Zugang nach Umlagerung der Patientin/des Patienten eine Bakerzyste entfernt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x unter „NZ020 – Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der unteren Extremität (LE=je Seite)“.

Code	Bezeichnung
<b>NF020</b> <b>NZ010</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-330
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer arthroskopischen Operation am Kniegelenk über einen eigenen offenen Zugang Osteosynthesematerial aus dem Tibiakopf entfernt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x unter „NZ010 – Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NC040</b>	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-333
<b>Frage</b>	Wie ist die Osteosynthese einer Knöchelfraktur (Typ C nach Danis und Weber) mit Ausrissfraktur der dorsalen Tibiabasis aus der hinteren Syndesmose (Volkmanndreieck) und Rekonstruktion des Syndesmosenbandes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	10-336
<b>Frage</b>	Wie ist die Osteosynthese bei einer Fractura bimalleolaris unilateralis zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NC040</b> <b>NC041</b>	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite) Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-968
<b>Frage</b>	Wie ist die Osteosynthese einer isolierten Fibulafraktur zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NC041 – Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<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>NG030</b>	Arthrodesse des Sprunggelenks (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-818
<b>Frage</b>	Wie ist eine temporäre Kirschner-Draht-Arthrodesse zur Ruhigstellung bis zur definitiven operativen Versorgung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine temporäre Kirschner-Draht-Arthrodesse ist nicht zu codieren (Hinweis gilt für alle Gelenke).

Code	Bezeichnung
<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.

Code	Bezeichnung
<b>NZ200</b>	Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)
<b>NZ210</b>	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>NZ220</b>	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-342
<b>Frage</b>	Wie sind Operationen bei Fehlstellungen des Fußes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Operationen bei Fehlstellungen des Fußes sind 1x je Fuß unter einer der folgenden Leistungspositionen zu codieren. Die Leistungen umfassen alle Operationen an Knochen/Gelenken (Osteotomien/Arthrodesen etc.). Begleitende Eingriffe an den Sehnen/Weichteilen sind inkludiert. Die Leistungen sind topografisch gegliedert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• NZ200 – Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)</li> <li>• NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)</li> <li>• NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)</li> </ul> Eine Kombination der verschiedenen Leistungen ist möglich.

Code	Bezeichnung
<b>NH040</b>	Implantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese)
<b>NZ210</b>	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>NZ210</b> <b>NZ220</b>	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite) Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-338
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn auf einer Seite eine Operation des Hallux und der Krallen- zehen durchgeführt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes“ und 1x unter „NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NZ210</b>	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-341
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine beidseitige Operation des Hallux (z.B. mit Umstellungsosteotomie) in einer Sitzung durchgeführt wird?
<b>Antwort</b>	Es ist 2x „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes“ (LE=je Seite)“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	10-691
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation nach Brandes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Operation nach Brandes ist unter „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NG020</b> <b>NJ120</b> <b>NZ179</b>	Arthroskopische Operation des Sprunggelenks (LE=je Seite) Plantare Fasziektomie (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-936
<b>Frage</b>	Wie ist ein endoskopisches Plantarfaszienrelease bei Plantarfasziitis zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein endoskopisches Plantarfaszienrelease ist im Leistungskatalog nicht explizit abgebildet und unter NZ179 zu codieren. NG020 Arthroskopische Operation des Sprunggelenks bezieht sich explizit auf das Sprunggelenk und ist hier nicht zu erfassen. NJ120 entspricht MJ150 am Fuß und ist bei einer Fasziektomie bei Plantarfibro- matose („Morbus Ledderhose“) zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NZ220</b>	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-339
<b>Frage</b>	Wie ist eine Strecksehnenverlängerung am Fuß (z.B. bei Zustand nach Hammerzehenoperation und Überstreckkontraktur der 2. Zehe rechts) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NJ100</b>	Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-346
<b>Frage</b>	Wie sind mehrfache Sehnendurchschneidungen (Release-Operation) bei spastischen Kontrakturen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „NJ100 – Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	10-347
<b>Frage</b>	Wie ist eine Operation bei Pes Equinus mit Achillessehnenverlängerung beidseits und Tenotomien der Zehenbeuger I-V beidseits zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x pro Sitzung unter „NJ100 – Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NZ131</b>	Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite)
<b>NZ179</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-343
<b>Frage</b>	Wie ist die Amputation einer Großzehe (z.B. bei einem diabetischen Gangrän) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Zehenamputation bzw. die transmetatarsale Amputation einzelner Strahlen am Fuß ist unter „NZ131 – Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NZ179</b>	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-334
<b>Frage</b>	Wie ist die Versorgung einer Hundebißverletzung am Unterschenkel mit Nachdebridement, Fasziennaht und Wundadaptation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter „NZ179 – Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität“ zu codieren.

### 3.8.9.3 Jede Lokalisation

Code	Bezeichnung
<b>LZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
<b>MZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>NZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>PA530</b>	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)
<b>PA531</b>	Entfernung eines Fixateur externe (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-355
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung von Osteosynthesematerial zu codieren?
<b>Antwort</b>	Voraussetzung zur Codierung von LZ010, MZ010, NZ010: Operative Entfernung (Schnitt, Naht) von eingebrachtem Osteosynthesematerial (Schrauben, Platten, Marknägeln, Drahtcerclagen), z.B. Patella. Die Entfernung von Bohrdrähten ist 1x pro Sitzung unter PA530 zu codieren. Die Entfernung eines (oder mehrerer) Fixateur(s) externe(s) ist 1x pro Sitzung unter PA531 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-276
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Re-Osteosynthese zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine eigene Leistungsposition für Re-Osteosynthesen gibt es nicht. Bei Re-Osteosynthesen ist die die Entfernung des Osteosynthesematerials und die erneute Osteosynthese zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
<b>MZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>NZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1103 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist die in der Beschreibung angeführte Entfernung von ausgedehnten und tiefen Hämatomen, Abszessen, Nekrosen, im Bereich der Weichteilgewebe zu interpretieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen LZ032, MZ032 und NZ032 sind zu codieren, wenn die Resektion unterhalb der Faszie erfolgte. Die Eröffnung der Faszie und operative Maßnahmen unter der Faszie sind für die Codierung jedenfalls erforderlich. Wenn es indiziert ist, die Faszie offen zu lassen, z.B. wegen einer Wundinfektion, kann die Leistung auch ohne Naht der Faszie codiert werden.

Code	Bezeichnung
<b>NZ010</b> <b>PA530</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite) Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-879
<b>Frage</b>	Wie ist die Entfernung oberflächlich gelegener Bohrdrähte wie z.B. nach Osteotomie des ersten Strahls am Fuß zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung oberflächlich gelegener Bohrdrähte, wie nach einer Osteotomie des ersten Strahls am Fuß, inklusive Freilegung des Drahtendes mit Skalpell bzw. Freer ist unter „PA530 – Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NC020</b>	Osteosynthese des Unterschenkelschaftes (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-358
<b>Frage</b>	Wie sind Osteosynthesen mit Anlage eines „Fixateur externe“ zu codieren (Beispiel Unterschenkel)?
<b>Antwort</b>	Osteosynthesen mit „Fixateur externe“ sind unter den entsprechenden Leistungspositionen für Osteosynthesen zu codieren, z.B. unter „NC020 – Osteosynthese des Unterschenkelschaftes (LE=je Seite)“.

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

Code	Bezeichnung
<b>PA040</b>	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-844
<b>Frage</b>	Ist hier auch die intraoperative Verwendung von Knochenwachstumsfaktoren wie Eptoterminalfa (Osigraft, Opgenra) oder von mit Antibiotika versetzten Knochenmaterialien (z.B. Osteomycin-V) zu codieren?
<b>Antwort</b>	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
<b>MD010</b> <b>NZ210</b> <b>PA042</b>	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite) Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite) Osteosynthese 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. Zusätzlich ist die Leistung PA042 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>PA040</b> <b>PA050</b>	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung) Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-926
<b>Frage</b>	Wie ist die Entnahme von Knorpel oder die Verwendung von Knorpelersatzmaterialien zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entnahme von Knorpel bzw. das Einbringen von Knorpelersatzmaterialien sind im Leistungskatalog nicht abgebildet und daher nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>PA050</b>	Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-349
<b>Frage</b>	Wann und wie oft ist „PA050 – Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	PA050 ist zusätzlich 1x je Sitzung zu codieren, wenn Knochenmaterial z.B. aus dem Beckenkamm oder der Fibula entnommen wird und dafür ein eigener operativer Zugang erforderlich ist. Wenn das Knochenmaterial dem unmittelbaren Operationsbereich entnommen wird, ist nicht unter PA050 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LZ031</b> <b>MZ031</b> <b>NZ031</b> <b>PZ019</b>	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung) Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite) Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite) Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-345
<b>Frage</b>	Wie sind Probeexzisionen am Knochen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Probeexzisionen am Knochen sind unter „PZ019 – Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>LZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
<b>MZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>NZ032</b>	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-816
<b>Frage</b>	Wie ist die Ausräumung eines Dekubitalgeschwürs, das bis in tiefe Muskelschichten reicht, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Je nach Lokalisation ist unter LZ032, MZ032, NZ032 (im Regelfall LZ032) zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>NZ031</b>	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
<b>NZ090</b>	Oberschenkelamputation (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-843
<b>Frage</b>	Wie ist eine Oberschenkelrückkürzung bei Zustand nach Amputation zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Eine Rückkürzung nach Amputation an der unteren Extremität ist unter NZ031 zu codieren. Die erneute Codierung von NZ090 ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
<b>PZ019</b>	Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	10-360
<b>Frage</b>	Wie sind Exzisionen an den Weichteilen (Bindegewebe, Muskeln) wie z.B. die Entfernung eines gutartigen Tumors zu codieren?
<b>Antwort</b>	Exzisionen an den Weichteilen sind unter „PZ019 – Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)“ 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>PA030</b>	Korrektureingriff an den Wachstumsfugen – jede Lokalisation (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	10-1107 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist eine Korrekturoperation im Bereich der Wachstumsfugen mit Implantation von Osteosynthesematerial zu codieren – unter PA030 oder unter der jeweiligen Osteosynthese?
<b>Antwort</b>	Korrekturoperationen an der Wachstumsfuge wie z.B. Epiphyseodesen, bei denen die Wachstumsfuge mittels Osteosynthesematerial blockiert wird, sind unter PA030 zu codieren.

### 3.8.10 Kapitel 11 – Organtransplantationen

Code	Bezeichnung
<b>GF170</b>	Intraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)
<b>GF181</b>	Extraperikardiale Pneumektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF182</b>	Extraperikardiale Pneumektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>GF190</b>	Implantation der Lunge (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	11-372
<b>Frage</b>	Darf bei einer Lungentransplantation zusätzlich zur Implantation der Lunge eine Pneumektomie codiert werden?
<b>Antwort</b>	Die Leistung Implantation einer Lunge inkludiert die Pneumektomie als fixen Bestandteil des Eingriffs. Bei einer Lungentransplantation ist daher nur 1x je Seite unter „GF190 – Implantation der Lunge“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>GF190</b>	Implantation der Lunge (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	11-371
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer beidseitigen Lungentransplantation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 2x unter „GF190 – Implantation der Lunge (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JA100	Nephrektomie – offen (LE=je Seite)
Hinweis	11-1109 (neu)
Frage	Wie sind Organentnahmen zu codieren?
Antwort	Organentnahmen bei Lebendspendern sind unter der entsprechenden Leistung für die (Teil-)Entfernung des Organs zu codieren, z.B. JA100. Organentnahmen nach dem Tod sind nicht zu dokumentieren. Mit dem Tod endet auch der stationäre Aufenthalt und die Dokumentation ist abzuschließen.

### 3.8.11 Kapitel 12 – Bildgebende Diagnostik und Interventionen

#### 3.8.11.1 Computertomographie und Magnetresonanztomographie

Code	Bezeichnung
ZA010	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZA020	CT-Angiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZB010	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
ZB020	CT-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
ZC010	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZC020	CT-Angiographie – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZD010	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZD020	CT-Angiographie – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE010	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE020	CT-Angiographie – untere Extremität (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-402
Frage	Wie sind die Leistungen der Computertomographie zu codieren?
Antwort	Pro untersuchter Körperregion ist 1x unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. Die Untersuchung mehrerer Organe in der gleichen Region (z.B. Leber, Prostata) ist nur 1x zu erfassen, z.B. 1x ZC010. Die Verabreichung von Kontrastmittel ist nicht zusätzlich zu erfassen. Bei Durchführung einer CT-Angiographie ist an Stelle der Computertomographie die der jeweiligen Region entsprechende CT-Angiographie zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZA010</b>	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZB010</b>	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZC010</b>	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZD010</b>	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE010</b>	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-400
<b>Frage</b>	Wie oft ist eine CT-Untersuchung einer Körperregion nativ und mit Kontrastmittel in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter der Computertomographie für die entsprechende Körperregion zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZA010</b>	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZN250</b>	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-889
<b>Frage</b>	Sind CT-Untersuchungen der HWS unter ZA010 oder unter ZN250 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine CT-Untersuchung der gesamten HWS ist unter ZN250 zu codieren. Dies gilt auch für CT-Untersuchungen der Wirbelsäule in anderen Abschnitten. So ist z.B. eine Untersuchung der Lendenwirbelsäule auch unter ZN250 und nicht unter ZC010 zu codieren. Wenn zusätzlich zur CT-Untersuchung des knöchernen Schädels auch eine CT-Untersuchung der gesamten Halswirbelsäule erfolgt, ist sowohl ZA010 als auch ZN250 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>ZB020</b>	CT-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZB030</b>	Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-969
<b>Frage</b>	Wie ist eine CT-Angiographie der Koronararterien zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine CT-Angiographie der Koronargefäße ist unter „ZB030 – Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZA030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZA040</b>	MR-Angiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>ZA050</b>	Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns mittels BOLD-Verfahren (LE=je Sitzung)
<b>ZB040</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZB050</b>	MR-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
<b>ZC030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZC040</b>	MR-Angiographie – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
<b>ZD030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZD040</b>	MR-Angiographie – obere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE030</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>ZE040</b>	MR-Angiographie – untere Extremität (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-405
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungen der Magnetresonanztomographie zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Pro untersuchter Körperregion ist 1x unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. Die Untersuchung mehrerer Organe in der gleichen Region (z.B. Leber, Prostata) ist nur 1x zu erfassen: 1x ZC030.</p> <p>Die Verabreichung von Kontrastmittel ist nicht zusätzlich zu erfassen.</p> <p>Bei Durchführung einer MR-Angiographie ist diese an Stelle der MR-Untersuchung der jeweiligen Region zu codieren</p> <p>Die Darstellung von Gehirnarealen mittels BOLD ist unter ZA050 zu codieren. Funktionelle Darstellungen im Rahmen einer MR-Untersuchung in anderen Körperregionen sind nicht gesondert zu erfassen.</p>

Code	Bezeichnung
<b>ZN260</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-747
<b>Frage</b>	Mit welcher Anzahl ist die MEL ZN260 zu codieren, wenn ein MR von der gesamten Wirbelsäule gemacht wird (Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule)?
<b>Antwort</b>	Die MEL ZN260 ist je Sitzung definiert und auch dann mit der Anzahl 1 zu codieren, wenn die gesamte Wirbelsäule untersucht wird.

Code	Bezeichnung
<b>ZN260</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-1004
<b>Frage</b>	Wie ist eine MR-Angiographie der WS zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bis zur Schaffung einer eigenen Leistungsposition ist eine MR-Angiographie unter ZN260 zu codieren.

### 3.8.11.2 Interventionelle Diagnostik und Therapie

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>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Code	Bezeichnung
<b>EB010 bis EB040</b>	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)
<b>EC010 bis EC030</b>	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>ED010 bis ED062</b>	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – Beckenarterien (LE=je Seite)
<b>EF010 bis EF042</b>	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>EP030</b>	Perkutane transluminale Rekanalisation, andere Verfahren (exkl. intrakranielle Gefäße) (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-373
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungen der Katheterangiographien und -interventionen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Katheterangiographien und -interventionen an Kopf, Hals und Rumpf sind 1x pro Sitzung zu codieren. Katheterangiographien und -interventionen an den Extremitäten sind 1x pro Seite zu codieren. Bei Leistungserbringung an mehreren Gefäßabschnitten ist nur 1x zu codieren. Bei Durchführung einer diagnostischen Angiographie und einer Intervention innerhalb einer Sitzung sind beide Leistungen zu codieren. Pro angeführter Region ist immer nur eine der angeführten Interventionen zu codieren, also entweder eine Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) oder eine Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation oder eine Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts.

Code	Bezeichnung
<b>DH020 DH030 EP020</b>	Phlebographie – Vena Cava (LE=je Sitzung) Perkutane Implantation eines Kavaschirms (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Embolektomie, Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung (exkl. intrakranielle Gefäße) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-995
<b>Frage</b>	Wie ist bei der Implantation bzw. Explantation eines Cavaschirms zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei der Implantation eines Cavaschirms ist DH020 und DH030 zu codieren. Bei der Explantation sind DH020 und EP020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>EB010</b> <b>ED010</b>	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-374
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistungsanzahl bei einer beidseitigen Carotisangiographie in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „EB010 – Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>EA020</b> <b>EF030</b> <b>EF050</b>	Intravaskuläres Coiling intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite) Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-711
<b>Frage</b>	Kann nach einer radiologischen Gefäßintervention die MEL EF050 codiert werden, wenn eine Naht an der Einstichstelle vorgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Der Verschluss des Gefäßes nach einer arteriellen Punktion ist ein Teil der Katheteruntersuchung und nicht zusätzlich zu erfassen. Wenn dagegen z.B. wegen einer Komplikation ein eigener Eingriff mit Sekundärnaht/ Übernähung zur Blutstillung vorgenommen wird, ist unter EF050 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>EB040</b>	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-737
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation medikamentenbeschichteter Stents in andere Gefäße als die Koronargefäße, z.B. die A. carotis, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Implantation medikamentenbeschichteter Stents ist nur für den Bereich der Koronargefäße abgebildet. Die Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in andere Gefäße ist unter der jeweiligen Position für die Stentimplantation zu codieren, z.B. unter EB040. Ein diesbezüglicher Vorschlag für eine neue Leistung kann eingebracht werden, ist aber nur bei ausreichend belegter wissenschaftlicher Evidenz sinnvoll.

<b>Hinweis</b>	12-736
<b>Frage</b>	Wie ist die Verwendung eines Protektionssystems bei Interventionen in der Arteria carotis zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verwendung eines distalen Protektionssystems bei Interventionen an der Arteria carotis ist nicht zusätzlich zu erfassen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>EB010</b>	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
<b>EC010</b>	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>ED008</b>	Katheterangiographie – Spinalgefäße (LE=je Seite)
<b>ED010</b>	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
<b>ED054</b>	Katheterangiographie – Beckenarterien (LE=je Seite)
<b>EF010</b>	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-375
<b>Frage</b>	Sind intraoperative Kontrollen wie eine intraoperative DSA im Rahmen von Gefäßrekonstruktionen als Katheterangiographie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter den Leistungspositionen für die Katheterangiographie sind nur Angiographien, die eigenständig oder in Kombination mit interventionellen Eingriffen im Angiographielabor durchgeführt werden, zu codieren. Im Rahmen operativer Eingriffe erfolgende Kontrollen, wie z.B. eine intraoperative DSA, sind Bestandteil der Operation und nicht zusätzlich zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>EB020</b>	Katheterangiographie und lokale Lyse kranieller Gefäße (LE=je Sitzung)
<b>DF030</b>	Katheterangiographie und lokale Lyse der Pulmonalarterie (LE=je Sitzung)
<b>EP010</b>	Katheterangiographie mit lokaler Lyse an peripheren Gefäßen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-383
<b>Frage</b>	Wie oft ist eine Katheterangiographie mit lokaler Lyse zu codieren, wenn nach der Kontrollangiographie eine notwendige Weiterführung der Lyse mit neuerlicher Kontrollangiographie erforderlich ist?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x z.B. unter „EP010 – Katheterangiographie mit lokaler Lyse an peripheren Gefäßen“ zu codieren. Die Leistung beinhaltet die gesamte Dauer der nötigen Lyse inklusive aller notwendigen Kontrollangiographien.

Code	Bezeichnung
<b>EC020</b> <b>EF030</b>	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-379
<b>Frage</b>	Wie ist eine PTA an drei verschiedenen Gefäßabschnitten einer Extremität zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch wenn die PTA mehrere Gefäßabschnitte der gleichen Extremität umfasst, ist 1x pro Extremität unter EC020 für die obere Extremität oder EF030 für die untere Extremität zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>EC020</b>	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-762
<b>Frage</b>	Wie ist die PTA bzw. die Stentimplantation in arteriovenöse Shunts zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist unter der entsprechenden Leistung für die jeweilige Extremität zu codieren, z.B. unter EC020.

Code	Bezeichnung
<b>ED050</b>	Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-382
<b>Frage</b>	Kann die Sklerosierung einer Varikozele als Katheterembolisation codiert werden?
<b>Antwort</b>	Als Katheterembolisation sind ausschließlich Embolisationen zu codieren, die über intravasale Katheter und mit Einbringung von Embolisaten durchgeführt werden, wie z.B. bei der Behandlung von Hämangiomen und anderer Tumore. Die Sklerosierung einer Varikozele ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ED020</b> <b>EF030</b>	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>Hinweis</b>	12-380
<b>Frage</b>	Wie ist eine PTA der Beinarterie und der Nierenarterie (in der gleichen Sitzung) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „ED020 – Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Viszeralgefäße“ und 1x unter „EF030 – Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
EF010 EF030	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite) Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-376
Frage	Ist bei einer PTA die in der selben Sitzung durchgeführte Katheterangiographie inkludiert oder zusätzlich zu codieren?
Antwort	Bei Durchführung einer diagnostischen Angiographie und einer PTA innerhalb einer Sitzung sind beide Leistungen zu codieren. <b>Beispiel:</b> 1x „EF010 – Katheterangiographie – untere Extremität“ und 1x „EF030 – Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität“

Code	Bezeichnung
EP020	Perkutane transluminale Embolektomie, Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung (exkl. intrakranielle Gefäße) (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-997
Frage	Wie ist die kathetergestützte Entfernung von Fibrinbelägen auf einem Dauerverweilkatheter („Porth a Cath Stripping“) zu codieren?
Antwort	Diese Prozedur ist unter EP020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
HM020	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-767
Frage	Wie ist eine Gallengangsdilatation im Rahmen einer PTCD zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „HM020 – Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)“ zu codieren. Die Drainage bzw. Erweiterung der Gallenwege ist ein optionaler Bestandteil dieser Leistung.

Code	Bezeichnung
<b>HM020</b>	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)
<b>HM040</b>	Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang (LE=je Sitzung)
<b>HM060</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
<b>HM080</b>	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-867
<b>Frage</b>	Wie sind perkutan oder im Rahmen einer ERCP in den Gallen- bzw. Pankreasgang eingebrachte metallische Stents zu codieren?
<b>Antwort</b>	Perkutan in den Gallen- bzw. Pankreasgang eingebrachte metallische Stents sind unter HM040 zu codieren. Im Rahmen einer ERCP in den Gallen- bzw. Pankreasgang eingebrachte permanente metallische Stents sind unter HM080 zu codieren. Das Einbringen von Kunststoffstents ist von den Pauschalen für HM020 bzw. HM060 umfasst und ist nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HM060</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
<b>HZ031</b>	Endoskopische Fremdkörperentfernung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1070 (aktualisiert)
<b>Frage</b>	Wie ist die endoskopische Entfernung von Implantaten aus dem Gastrointestinaltrakt (z.B. Stent, PEG-Sonde) und wie ist eine Stententfernung aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Entfernung von Implantaten im Rahmen einer Endoskopie des Gastrointestinaltrakts ist unter HZ031 zu codieren. Die Entfernung von Stents aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP ist unter HM060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HL010</b>	Thermoablation von primären Lebermalignomen/Lebermetastasen (LE=je Sitzung)
<b>PA025</b>	Thermoablation von Osteoidosteomen (LE=je Sitzung)
<b>PA026</b>	Thermoablation von Wirbelsäulenmetastasen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-820
<b>Frage</b>	Wie ist eine Radiofrequenzablation an anderen als den abgebildeten Organen, wie z.B. der Lunge, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Für die Radiofrequenzablation an anderen Organen steht keine Leistungsposition zur Verfügung. Diese Eingriffe sind daher nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>QE010</b> <b>QE020</b> <b>ZN020</b>	Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung) Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite) Organbiopsie – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-391
<b>Frage</b>	Wie sind Biopsien mit dem ABBI-Gerät („Mamma-Stanze“) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine mammographiegezielte, computerassistierte Biopsie ist unter „QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	12-157
<b>Frage</b>	Wie ist eine mammographiegezielte Biopsie (z.B. Mammatom) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine mammographiegezielte, computerassistierte Biopsie ist unter „QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

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>ZN050</b> <b>ZN060</b> <b>ZN070</b> <b>ZN080</b>	Präoperative Gewebemarkierung – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Präoperative Gewebemarkierung – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung) Präoperative Gewebemarkierung – CT-gezielt (LE=je Sitzung) Präoperative Gewebemarkierung – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-386
<b>Frage</b>	Wie ist eine stereotaktische präoperative Mamma-Markierung vor Tumoroperation zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine stereotaktische präoperative Mamma-Markierung ist unter „ZN060 – Präoperative Gewebemarkierung – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JC510</b> <b>ZN090</b>	Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung) Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-664
<b>Frage</b>	Wie ist die Implantation eines Double-J-Katheters zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die Implantation eines Double-J-Katheters in den Harnleiter ist unter JC510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN250</b> <b>ZN570</b>	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung) Infiltration – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-699
<b>Frage</b>	Was ist bei CT-gezielten Wurzelblockaden zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei CT-gezielten Wurzelblockaden ist ZN570 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN090</b> <b>ZN100</b> <b>ZN110</b> <b>JD551</b> <b>JR520</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung) Anbringen therapeutischer Drainagen – CT-gezielt (LE=je Sitzung) Anbringen therapeutischer Drainagen – MR-gezielt (LE=je Sitzung) Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (LE=je Sitzung) Miktionszystourethrographie (MCU) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-387
<b>Frage</b>	Wie ist eine Miktionscystourographie oder das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters zu codieren?
<b>Antwort</b>	Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist eine Miktionscystourographie oder das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters nicht zu codieren. Bei ambulanten Kontakten ist eine Miktionscystourographie unter JR520 und das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters unter JD551 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN090</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN100</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN110</b>	Anbringen therapeutischer Drainagen – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
<b>ZN540</b>	Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	12-392
<b>Frage</b>	Wie erfolgt die Codierung von perkutanen Drainagen (z.B. Bülau-Drainagen, Cava-Katheter, Cystofix) im Rahmen stationärer Aufenthalte?
<b>Antwort</b>	Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist das Anbringen therapeutischer Drainagen nur dann zu codieren, wenn bei Indikation zur bildgesteuerten Durchführung die Drainage bildwandlergezielt (ZN090), CT-gezielt (ZN100) oder MR-gezielt (ZN110) erfolgt. Bei ambulanten Besuchen ist das Anbringen therapeutischer Drainagen unter ZN540 zu erfassen.

### 3.8.12 Kapitel 13 – Strahlentherapie

Code	Bezeichnung
<b>ZN121</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation für konventionelle Teletherapie (LE=je Zielvolumen (PTV ICRU 50))
<b>ZN131</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation für IMRT oder ZN180 (LE=je Zielvolumen (PTV ICRU 50))
<b>ZN210</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen)
<b>Hinweis</b>	13-395
<b>Frage</b>	Wie ist eine 3D-Planung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine 3D-Planung für die konventionelle Teletherapie ist unter ZN121 zu codieren, die Planung für für intensitätsmodulierte Teletherapie oder stereotaktische Radiochirurgie ist unter ZN131 zu codieren. Diese Leistungen umfassen die vollständige Erstellung eines Therapieplans in der Teletherapie inklusive Verifikation (Untersuchung, Planungsbilder [CT, MR], Berechnung und Evaluierung der Dosisverteilung [In-vitro-Dosimetrie], Simulation und Verifikation mittels EPID bei Ersteinstellung, Anfertigen von Hilfsmitteln) und sind 1x pro Zielvolumen (= planning target volume ICRU 50) bei der Erstellung des Plans zu codieren. Verlaufskontrollen sind nicht zu codieren.

<b>Hinweis</b>	13-394
<b>Frage</b>	Wie ist das Zielvolumen definiert?
<b>Antwort</b>	Das Zielvolumen (= Planungszielvolumen) ist jenes Körperareal, das bestrahlt werden soll (Tumorausbreitungsgebiet unter Berücksichtigung möglicher Verschiebungen z.B. durch Atembewegungen). Ein solider Tumor entspricht also einem Zielvolumen. Zusätzlich können sich durch Lymphknoten bzw. Metastasen eigenständige Zielvolumina ergeben. Im Regelfall ist daher von ein bis zwei Zielvolumina auszugehen.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZN210</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))
<b>ZN221</b>	Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	13-1005
<b>Frage</b>	Wie oft ist die Planung bei der Brachytherapie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Wie auch bei der Teletherapie ist die Planung bei der Brachytherapie nur 1x (pro Zielvolumen) zu Beginn der Bestrahlungsserie zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZN231</b>	Brachycurie-Therapie intracavitär, endoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	13-396
<b>Frage</b>	Wie ist eine intraluminale Brachycurietherapie mit endoskopischem Einbringen des Strahlers in das Lumen (z.B. Bronchus) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „ZN231 – Brachycurie-Therapie intracavitär, endoskopisch“ zu codieren. Die bronchoskopische Einbringung des Strahlers ist Bestandteil der endoskopischen Brachytherapie und daher nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN121</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation für konventionelle Teletherapie (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU 50))
<b>ZN141</b>	Konventionelle Röntgentherapie (LE=je Einstellung)
<b>ZN171</b>	Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung (LE=je Einstellung)
<b>ZN200</b>	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – einfach (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))
<b>ZN221</b>	Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	13-928
<b>Frage</b>	Wie ist die strahlentherapeutische Behandlung nicht neoplastischer Entitäten zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei nicht neoplastischen Entitäten ist die Bestrahlungsplanung nicht zu codieren. Die durchgeführte Tele- oder Brachytherapie ist unter der jeweiligen Leistungsposition zu codieren.

### 3.8.13 Kapitel 14 – Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie

Code	Bezeichnung
<b>DA010</b>	Myokardszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>AA020</b>	Rezeptorzintigraphie des Gehirns (LE=je Sitzung)
<b>AA030</b>	Gehirnperfusionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>KC010</b>	Schilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>KC020</b>	Ganzkörperszintigraphie bei der Therapie von Schilddrüsenerkrankungen (LE=je Sitzung)
<b>KD010</b>	Nebenschilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>KE020</b>	Nebennierenszintigraphie (MIBG, Cholesterol) (LE=je Sitzung)
<b>FF010</b>	Milzszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>GF020</b>	Perfusions-Ventilationsszintigraphie der Lunge (LE=je Sitzung)
<b>HM050</b>	Hepatobiliäre Funktionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN280</b>	Entzündungsszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN290</b>	67-Galliumszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>ZN300</b>	Radioimmunszintigraphie/Rezeptorzintigraphie (planar/spect) (LE=je Sitzung)
<b>FZ110</b>	Knochenmarkszintigraphie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	14-413
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungseinheiten bei der Szintigraphie definiert?
<b>Antwort</b>	Die Leistungseinheit ist je Sitzung, d.h. vollständiger Untersuchung, definiert. Diese umfasst die Verabreichung der Tracersubstanz und alle mit dieser Substanz durchgeführten Aufnahmen.

Code	Bezeichnung
<b>KC050</b>	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinatem TSH (LE=je Sitzung)
<b>KC060</b>	Radionuklidtherapie mit hochdosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinatem 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 rekombinatem TSH bei den Leistungen KC050 und KC060 ist nicht zu codieren. Die Codierung der Leistung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ist nicht zulässig.

Code	Bezeichnung
<b>ZN310</b>	Emissionscomputertomographie (ECT) (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	14-915
<b>Frage</b>	Wie wird ein SPECT/CT (z.B. nach Verabreichung einer „scout dose“ im Rahmen einer SIRT) codiert?
<b>Antwort</b>	Ein Spect/CT ist unter „ZN310 – Emissionscomputertomographie (ECT) (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>ZN340</b>	PET-CT (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	14-414
<b>Frage</b>	Wie ist eine Ganzkörper PET-CT (LE=je Sitzung) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Ganzkörper PET-CT Untersuchung (z.B. des Skeletts) ist 1x unter „ZN340 – PET-CT“ zu codieren. Die Leistung ist je Sitzung definiert und umfasst die Verabreichung einer Tracersubstanz und alle mit dieser Substanz angefertigten Aufnahmen.

### 3.8.14 Kapitel 15 – Endoskopische Diagnostik und Therapie

Code	Bezeichnung
<b>JC030</b>	Ureterorenoskopie (LE=je Sitzung)
<b>GE010</b>	Bronchoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>GE030</b>	Endoskopische Resektion an Trachea und Bronchien (LE=je Sitzung)
<b>HH020</b>	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-415
<b>Frage</b>	Wie sind diagnostische Endoskopien, bei denen auch eine Biopsie durchgeführt wurde, zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diagnostische Endoskopien mit Biopsie sind unter der jeweiligen Leistungsposition für die diagnostische Endoskopie zu codieren, z.B. GE010. Die Codierung einer diagnostischen Endoskopie mit Biopsie unter einer therapeutischen Endoskopie wie GE030 oder HH020 ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
<b>HF025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Magen, Duodenum, Pankreas (LE=je Sitzung)
<b>HZ510</b>	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastrroduodenoskopie (LE=je Sitzung)
<b>LM040</b>	Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1104 (neu)
<b>Frage</b>	Wie sind endoskopische Eingriffe am Ösophagus zu erfassen, für die es (noch) keine eigene Leistungsposition gibt, wie z.B. die Transoral Outlet Reduction oder endoskopische Antirefluxtherapien?
<b>Antwort</b>	Diese Leistungen können für die Wartung des Leistungskatalogs vorgeschlagen werden. Bis zu einer Abbildung im Leistungskatalog kann nur HZ510 codiert werden.

Code	Bezeichnung
<b>GE010</b>	Bronchoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>GE012</b>	Bronchoskopie – diagnostisch mit endobronchialen Ultraschall (EBUS) (LE=je Sitzung)
<b>GE014</b>	Bronchoskopie – diagnostisch unterstützt durch bildgebende Verfahren (LE=je Sitzung)
<b>GE016</b>	Bronchoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>GE020</b>	Therapeutische Lavage der Lunge (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-845
<b>Frage</b>	Wie sind Bronchoskopien und bronchioalveoläre Lavagen zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>Diagnostische Bronchoskopien und bronchioalveoläre Lavagen sind im Regelfall unter der Leistung GE010 zu codieren. Die Leistung GE010 umfasst die bronchoskopische Untersuchung der Lunge inklusive Sekretgewinnung, Probenentnahme, Bronchialtoilette, bronchioalveoläre Lavage.</p> <p>Erfolgt die Bronchoskopie mit EBUS bzw. unterstützt durch bildgebende Verfahren, ist GE012 bzw. GE014 zu codieren.</p> <p>Bei Bronchoskopien mit therapeutischen Interventionen wie Fremdkörper- oder Stent-/Ventilentfernung, Dilatation/Bougierung, Blutstillung ist GE016 an Stelle der diagnostischen Bronchoskopien zu codieren.</p> <p>Die Leistung GE020 ist nur zu codieren, wenn eine Lavage der Lunge mit bronchoskopischer Instillation und Absaugung von mehreren Litern Spülflüssigkeit erfolgt. Eine therapeutische Lavage erfolgt z.B. bei Alveolarproteinose.</p>

Code	Bezeichnung
<b>HD020</b>	Endoskopische Schwellendurchtrennung (LE=je Sitzung)
<b>HD050</b>	Transzervikale Resektion eines Pharynxdivertikels (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-868
<b>Frage</b>	Wie ist die operative Therapie eines Zenker-Divertikels zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die endoskopische Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels ist unter HD020 zu codieren Die offene Abtragung des Divertikels von außen ist unter HD050 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HF022</b> <b>HZ520</b>	Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-970
<b>Frage</b>	Wie kann eine endoskopische Mukosaresektion am Magen codiert werden?
<b>Antwort</b>	Unter HF022 ist ausschließlich die in der Bezeichnung angeführte endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) zu codieren, also die endoskopische komplette En-Bloc-Resektion der malignen/prämalignen mukosalen Neoplasie (Frühkarzinom oder Vorstufe) inkl. histologischer Aufarbeitung. Andere endoskopische Mukosaresektionen sind unter „HZ520 – Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)“ zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>HE022</b> <b>HZ510</b>	Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Thermoablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1006
<b>Frage</b>	Ist die Ösophago-Gastroskopie (HZ510) zusätzlich zu HE022 zu erfassen oder bereits inkludiert?
<b>Antwort</b>	Bei Codierung der Leistung HE022 ist keine weitere Codierung der Gastroskopie erforderlich.

Code	Bezeichnung
<b>HF025</b>	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stent-grafts – 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>HF030</b>	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-799
<b>Frage</b>	Wie ist die Anlage oder der Wechsel einer perkutanen fluoroskopischen Gastrostomie (PFG) bzw. einer perkutanen radiologischen Gastrostomie (PRG) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine PFG bzw. PRG ist unter „HF030 – Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde“ zu codieren. Da die beiden Leistungen bis auf den Zugang mit HF030 vergleichbar sind, soll auch eine analoge Erfassung und Bepunktung erfolgen.

Code	Bezeichnung
<b>HG030</b>	Doppelballon-Endoskopie des Dünndarms (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-707
<b>Frage</b>	Wie ist eine Single-Ballon-Enteroskopie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Auch eine Single-Ballon-Enteroskopie ist unter HG030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HM060</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
<b>HM070</b>	Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>HM080</b>	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-420
<b>Frage</b>	Wie ist eine ERCP mit Papillotomie und zweimaliger Steinextraktion in einer Sitzung zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „HM060 – Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)“ und 1x unter „HM070 – Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HM060</b> <b>HM070</b> <b>HM080</b>	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung) Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung) Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-421
<b>Frage</b>	Wie ist bei Durchführung einer ERCP zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Durchführung einer ERCP ist 1x unter „HM060 – Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)“ zu codieren. HM060 umfasst die Durchführung der ERCP inklusive Druckmessung sowie einer gegebenenfalls erforderlichen Papillotomie. Bei Extraktion eines Konkrements ist zusätzlich 1x unter „HM070 – Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP“ zu codieren. Bei Implantation eines permanenten Stents ist zusätzlich 1x unter „HM080 – Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP“ zu codieren. Alle oben genannten Leistungspositionen sind 1x pro Sitzung zu codieren.
<b>Hinweis</b>	15-800
<b>Frage</b>	Ist die Leistung HM080 auch bei der Implantation von Kunststoffstents zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, die Leistung HM080 ist nur bei der Implantation von Metallstents zu codieren. Die Leistung ist wie alle anderen Stentimplantationen mit Ausnahme der Koronargefäße und der Aorta 1x je Sitzung definiert, kalkuliert und zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>HM080</b> <b>JC050</b>	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung) 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
HH020	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-422
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einer endoskopischen Polypektomie mehrere Polypen in einer Sitzung entfernt werden?
Antwort	Es ist 1x unter „HH020 – Koloskopie mit Polypektomie“ zu codieren.
Hinweis	15-706
Frage	Ist hier auch eine endoskopische Mukosektomie am Magen/Duodenum zu codieren?
Antwort	Eine endoskopische Mukosektomie am Magen/Duodenum ist hier nicht zu codieren. Unter HH020 sind nur Polypektomien am Kolon zu codieren.

Code	Bezeichnung
HH020	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
HH510	Endoskopie des Kolons (LE=je Sitzung)
HZ552	Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-905
Frage	Wie ist bei einer Endoskopie des Kolons mit Polypektomie im Kolon transversum und Rektum zu codieren?
Antwort	Es ist einmal unter HH020 zu codieren. Die Leistung HH020 umfasst die vollständige Endoskopie des Kolons und die Entfernung eines oder mehrerer Polypen im gesamten Verlauf. HH510 sowie HZ552 sind nicht zusätzlich zu erfassen.

Code	Bezeichnung
HZ010	Endoskopische Blutstillung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-883
Frage	Wann ist die Leistung HZ010 zu codieren?
Antwort	HZ010 ist bei jeder Endoskopie im Gastrointestinaltrakt, die zum Zwecke der Blutstillung durchgeführt wird, zu codieren. Dies gilt auch, wenn die Blutstillung am unteren Gastrointestinaltrakt erfolgt. Die Blutstillungsmethode ist nicht ausschließlich auf Clips beschränkt. Dagegen sind Blutstillungen im Rahmen von Endoskopien mit Gewebentnahme nicht unter HZ010, sondern unter der jeweiligen Endoskopie zu codieren.

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 subsumieren.

Code	Bezeichnung
<b>HZ510</b> <b>LM040</b>	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung) Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-1007
<b>Frage</b>	Wie ist eine „GERDX-Endoplikatio-Therapie des ösophagialen Refluxes“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Diese Therapie ist nicht im Leistungskatalog abgebildet und somit nicht zu codieren. Somit ist die durchgeführte Gastroskopie (HZ510) zu codieren. Keinesfalls ist LM040 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JZ530</b>	Zystoskopie (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	15-971
<b>Frage</b>	Wie ist die endoskopische Unterspritzung der Harnröhre mit Bulking Agents (z.B. Bulkamid) zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die endoskopische Unterspritzung der Harnröhre ist unter „JZ530 – Zystoskopie (LE=je Sitzung)“ zu erfassen.

### 3.8.15 Kapitel 16 – Kardiologische Diagnostik und Therapie

Code	Bezeichnung
<b>DD010</b>	Katheterangiographie der KoronargefäÙe (LE=je Sitzung)
<b>DD040</b>	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je GefäÙ)
<b>DD050</b>	Implantation eines Stents in die KoronargefäÙe (LE=je Stent)
<b>Hinweis</b>	16-426
<b>Frage</b>	Wie sind Katheterangiographien und -Interventionen an den KoronargefäÙen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die diagnostische Angiographie ist 1x pro Sitzung unter DD010 Katheterangiographie der KoronargefäÙe zu codieren. Zusätzlich sind die durchgeföhrtten Interventionen entsprechend der hinterlegten Leistungseinheit zu codieren: „DD040 – Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)“ 1x je GefäÙ „DD050 – Implantation eines Stents in die KoronargefäÙe“ 1x je Stent <b>Beispiel Angiographie mit Intervention bei MehrgefäÙerkrankung:</b> PTCA Ramus interventricularis anterior (RIVA) und rechte Koronararterie (RCA); Implantation eines Stents in die RCA, Implantation von 2 Stents in die RIVA. <b>Codierung:</b> 1x DD010 + 2x DD040 + 3x DD050

Code	Bezeichnung
<b>DD040</b>	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je GefäÙ)
<b>Hinweis</b>	16-821
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistungseinheit „je GefäÙ“ hier anzuwenden?
<b>Antwort</b>	Die Leistungseinheit GefäÙ bezieht sich auf die linke Koronararterie mit ihren beiden Hauptästen (RIVA, RCX) und die rechte Koronararterie (RCA). Alle weiteren Verzweigungen der KoronargefäÙe sind nicht mehr als GefäÙ zu zählen. Die Leistungsanzahl pro Sitzung kann daher maximal 3 betragen.
<b>Hinweis</b>	16-822
<b>Frage</b>	Wie ist eine Dilatation der KoronargefäÙe mit medikamentenbeschichtetem Ballon zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei der koronaren PTCA mit medikamentenbeschichtetem Ballon handelt es sich um ein modifiziertes Standardverfahren, das auch unter DD040 zu codieren ist. Eine eigene Leistungsposition wurde nicht geschaffen, da die Evidenz für einen Vorteil gegenüber dem konventionellen Ballon unzureichend ist. Die zusätzliche Codierung anderer Leistungen wie z.B. DD060 ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
DD030	Intrakoronarer Bildgebung (LE=je Sitzung)
Hinweis	16-972
Frage	Wie ist ein OCT der Koronargefäße zu codieren?
Antwort	Ein OCT der Koronargefäße ist unter DD030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)
DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)
Hinweis	16-846
Frage	Wie ist ein bioresorbierbarer Drug-eluting-Stent zu codieren?
Antwort	Ein bioresorbierbarer medikamentenfreisetzender Stent ist unter DD060 zu codieren. Ein bioresorbierbarer nicht medikamentenfreisetzender Stent wäre unter DD050 zu codieren.

Code	Bezeichnung
DE040	Katheteruntersuchung des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)
DE050	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)
DE060	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Pulmonalvenen (LE=je Sitzung)
DE064	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Ventrikel (LE=je Sitzung)
Hinweis	16-911
Frage	Wie sind die Leistungspositionen bei Interventionen am Reizleitungssystem zu codieren?
Antwort	Analog zur Codierung von Interventionen an den Koronargefäßen ist jede der erbrachten Leistungen zu codieren. <b>Anmerkung:</b> Bei gleichzeitiger Codierung von DE040 mit DE050-DE064 erfolgt keine zusätzliche Bepunktung von DE040.

Code	Bezeichnung
<b>DE050</b> <b>DE060</b>	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung) Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Pulmonalvenen (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	16-884
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn in der gleichen Sitzung sowohl eine Katheterablation des Reizleitungssystems im Bereich der Vorhöfe als auch eine Pulmonalvenenablation erfolgte? Sind DE050 und DE060 zu erfassen oder ist eine Leistung in der anderen inkludiert?
<b>Antwort</b>	Es ist sowohl DE050 als auch DE060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>DF010</b>	Rechtsherzkatheteruntersuchung (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	16-428
<b>Frage</b>	Was ist unter „DF010 – Rechtsherzkatheteruntersuchung“ zu codieren? Wo ist der Swan-Ganz-Katheter zu codieren?
<b>Antwort</b>	Hier ist nur eine Untersuchung mit Rechtsherzkatheter, wie sie im Herzkatheterlabor durchgeführt wird, zu codieren. Die kontinuierliche Messung des Herzzeitvolumens nach der Thermodilutionsmethode, wie sie oft auf Intensivstationen durchgeführt wird, bzw. das Setzen eines Swan-Ganz-Katheters ist nicht zu codieren.

### 3.8.16 Kapitel 17 – Dialyseverfahren

Code	Bezeichnung
<b>FV046</b> <b>FV047</b>	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen peripheren Shunt (LE=je Sitzung) Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen Dialysekatheter (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	17-847
<b>Frage</b>	Wie ist eine Aquapherese (extrakorporale Ultrafiltration bei dekompensierter diuretikaresistenter Herzinsuffizienz) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Aquapherese ist eine Variante der Hämofiltration. Die Leistung ist daher unter FV047 zu codieren.
<b>Hinweis</b>	17-869
<b>Frage</b>	Wie oft ist die Leistung FV047 zu codieren, wenn eine kontinuierliche Hämofiltration über mehrere Tage erfolgt?
<b>Antwort</b>	Wenn eine kontinuierliche Hämofiltration über mehrere Tage erfolgt, ist 1x pro Kalendertag zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FV080</b> <b>FV090</b>	Nicht-selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung) Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	17-439
<b>Frage</b>	Kann die Gewinnung von Eigenblutkonserven vor einer geplanten Operation als Plasmapherese codiert werden?
<b>Antwort</b>	Nein, unter „FV080 – Nicht-selektive Plasmapherese“ oder „FV090 – Selektive Plasmapherese“ sind nur therapeutische Plasmapheresen zu codieren. Die Gewinnung einer Eigenblutkonserve, manchmal auch als „präoperative Plasmapherese“ oder „Plasmapherese zur Herstellung einer Eigenblutkonserve“ bezeichnet, ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<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.
<b>Hinweis</b>	17-636
<b>Frage</b>	Wie ist eine Leichtkettenapherese bei multiplen Myelom (selektive Entfernung der Leichtketten über grobporige Membran) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Leichtkettenapherese ist unter „FV090 – Selektive Plasmapherese“ zu codieren.
<b>Hinweis</b>	17-637
<b>Frage</b>	Wie ist eine Plasmapherese mit Immunadsorption zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist 1x unter „FV090 – Selektive Plasmapherese“ zu codieren. Die Leistung umfasst sowohl die Plasmaseparation, als auch die selektive Immunadsorption.

Code	Bezeichnung
<b>FV090</b> <b>FV531</b>	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung) Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	17-973
<b>Frage</b>	Wie ist ein Erythrozytenaustausch bei Sichelzellanämie zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei einem Erythrozytenaustausch ist sowohl die Separation unter FV090 als auch der Ersatz unter FV531 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FV110</b>	Leukopherese (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	17-848
<b>Frage</b>	Wie ist eine Granulozyten-Monozyten-Apherese (z.B. ADAcolumn) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Granulozyten-Monozyten-Apherese ist eine spezielle Form der Leukopherese und unter FV110 zu codieren.

### 3.8.17 Kapitel 18 – Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren

Code	Bezeichnung
<b>AA010</b>	Epilepsiemonitoring mit synchroner Video- und EEG-Aufzeichnung mit mind. 32 Kanälen (LE=je Behandlungstag)
<b>Hinweis</b>	18-450
<b>Frage</b>	Ist unter „AA010 – Epilepsiemonitoring mit synchroner Video- und EEG-Aufzeichnung mit mind. 32 Kanälen“ auch ein Standard-EEG (z.B. zur Therapiekontrolle) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein Standard-EEG ist eine typische ambulante Leistung und daher im stationären Bereich nicht zu codieren (ambulant AA510). „AA010 – Epilepsiemonitoring mit synchroner Video- und EEG-Aufzeichnung mit mind. 32 Kanälen“ ist nur zu codieren, wenn die EEG-Ableitung mit mindestens 32 Elektroden und gleichzeitig mit dem EEG ein Videomonitoring erfolgt.

Code	Bezeichnung
<b>AN010</b>	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>Hinweis</b>	18-448
<b>Frage</b>	Was ist unter „AN010 – Polysomnographie im Schlaflabor“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter AN010 ist eine Ganz-Nacht-Schlafregistrierung zu codieren. Dazu gehören neben der kontinuierlichen Videoüberwachung jedenfalls kontinuierlich für mindestens 8 Stunden EEG-Ableitungen, EKG, Atemfluss und Atemexkursionsmessung, EMG, Augenbewegungsmessung, Aktographie und O2-Sättigungsmessung. Laufende EEG-Ableitungen z.B. im Rahmen eines Intensivstationsaufenthaltes sind hierunter nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>AN011</b>	Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	18-788
<b>Frage</b>	Wann ist die Leistung „AN011 – Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung AN011 ist nur bei zwei- oder mehrmaliger Untersuchung in einem Schlaflabor, das einer neurologischen Abteilung zugeordnet ist, zu codieren. Weitere Voraussetzung ist die Durchführung der in der Leistungsbeschreibung angeführten Untersuchungen.

Code	Bezeichnung
<b>FV130</b>	Hyperbare Oxygenation (LE=Je komplette stationäre Behandlungsserie)
<b>Hinweis</b>	18-938
<b>Frage</b>	Wie ist FV130 zu codieren?
<b>Antwort</b>	FV130 ist mit der Leistungseinheit „je kompletter Behandlungsserie“ hinterlegt. Die Behandlungsserie wurde bei der Kalkulation mit 15 Sitzungen berücksichtigt. Daher ist diese Leistung nur bei stationären Aufenthalten zu erfassen, bei denen zumindest annähernd so viele Behandlungen vorgenommen werden. Die Leistung ist ebenfalls bei der stationären hyperbaren Therapie eines Tauchunfalls zu codieren. Keinesfalls ist FV130 bei anderen Indikationen mit einzelnen oder einigen wenigen Behandlungen zulässig.

Code	Bezeichnung
<b>FV531</b> <b>XA230</b>	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation) Zusätzliche onkologische Therapie – bestrahltes Erythrozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	18-891
<b>Frage</b>	Wann ist FV531 zu erfassen?
<b>Antwort</b>	FV531 ist bei jeder Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten zu erfassen, mit Ausnahme der Verabreichung bestrahlter Erythrozytenkonzentrate im onkologischen Bereich (XA230).

Code	Bezeichnung
<b>GL050</b>	Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Behandlungstag)
<b>Hinweis</b>	18-445
<b>Frage</b>	Ist die Codierung von „GL050 – Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)“ zulässig, wenn bei großen Operationen eine Herz-Lungen-Maschine zum Einsatz kommt?
<b>Antwort</b>	Unter „GL050 – Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)“ ist nur der therapeutische Einsatz über einen längeren Zeitraum codierbar. Der Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine im Rahmen von großen Operationen ist nicht gesondert zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>JP010</b>	Plazentapunktion, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion (LE=je Sitzung)
<b>JP020</b>	Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>JP030</b>	Therapeutischer Eingriff an Plazenta, Chorion, Amnion, Fruchtwasser, Nabelschnur (LE=je Sitzung)
<b>JQ010</b>	Fetoskopie (LE=je Sitzung)
<b>JQ020</b>	Therapeutische Eingriffe am Feten (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-390
<b>Frage</b>	Wie sind diagnostische oder therapeutische Eingriffe am graviden Uterus oder am Feten zu codieren?
<b>Antwort</b>	Je nach durchgeführter Untersuchung oder Intervention ist 1x pro Sitzung unter einer der folgenden Leistungen zu codieren: „JP010 – Plazentapunktion, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion“ „JP020 – Amniozentese – diagnostisch“ „JP030 – Therapeutischer Eingriff an Plazenta, Chorion, Amnion, Fruchtwasser, Nabelschnur“ „JQ010 – Fetoskopie“ „JQ020 – Therapeutische Eingriffe am Feten“

Code	Bezeichnung
<b>ZN010</b>	Organbiopsie – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)
<b>JP020</b>	Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-389
<b>Frage</b>	Wie ist eine ultraschallgezielte Fruchtwasserpunktion zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine ultraschallgezielte Fruchtwasserpunktion ist 1x unter „JP020 – Amniozentese – diagnostisch“ zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>ZZ556</b> <b>ZZ557</b>	Opferschutz – medizinisch-forensische Spurensicherung (LE=je Sitzung) Opferschutz – Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)
<b>Hinweis</b>	18-1108 (neu)
<b>Frage</b>	Wann und wie oft ist ein Opferschutz-Beratungsgespräch zu erfassen?
<b>Antwort</b>	<p>Im Regelfall erfolgt die Erfassung von ZZ557 gleichzeitig mit ZZ556 und 1x während des stationären Aufenthaltes/ambulanten Besuchs. Eine alleinige Codierung von ZZ557 ohne ZZ556 kann erfolgen, wenn eine Spurensicherung nicht gewünscht bzw. nicht zweckmäßig ist.</p> <p>ZZ557 ist einmal zu codieren, wenn alle in der Beschreibung genannten Leistungsinhalte erbracht wurden, unabhängig von den jeweiligen Personen, die sie erbringen. Diese umfassen sowohl eine Abklärung der Gefährdungssituation, als auch eine Beratung zu Schutz und Sicherheit sowie ggf. die Veranlassung geeigneter Maßnahmen. Eine mehrmalige Codierung von ZZ557 am selben Tag ist daher nicht plausibel.</p> <p>Für die Codierung von ZZ557 muss ein enger zeitlicher Zusammenhang zu einem konkreten akuten Ereignis oder einer aktuellen Gefährdungssituation vorliegen. Auch bei wiederholter Durchführung hat jedenfalls eine Abklärung der aktuellen Gefährdungssituation sowie eine ausführliche mündliche Beratung zu Schutz und Sicherheit zu erfolgen.</p> <p>Beratungsgespräche, bei denen es nicht primär um den Opferschutz geht, sind unter den entsprechenden Leistungen, wie AM580, AM590 oder ZZ550 zu codieren.</p>

### 3.8.18 Kapitel 19 – Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen

Code	Bezeichnung
<b>AC010</b>	N/P: Ableitung eines (posthämorrhag.) Hydrocephalus nach außen (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>GF010</b>	N/P: Surfactant-Therapie zur Behandlung des IRDS (LE=je Aufenthalt)
<b>AH010</b>	N/P: Kontinuierliche Hirndruckmessung (LE=je Behandlungstag)
<b>AH020</b>	N/P: Transkranielles-Doppler-Monitoring (LE=je Aufenthalt)
<b>DL010</b>	N/P: Nicht invasives Monitoring (EKG, Oxy, RR, AF, Temp) (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>DL020</b>	N/P: Invasives Monitoring (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>GL035</b>	N/P: Respiratortherapie – Beatmung (inkl. CPAP) auf neonat./päd. Intensiv-einh. (LE=je Behandlungstag)
<b>ZN370</b>	N/P: Verabreichung von Medikamenten unter kontinuierlichem Monitoring (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>ZN380</b>	N/P: Drainagen mindestens einer Körperhöhle (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>ZN390</b>	N/P: Strenge Flüssigkeitsbilanzierung (6h-Ko. u. Adaptierung) (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>HS015</b>	N/P: Totale parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)
<b>HS030</b>	N/P: Partielle parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)
<b>ZZ020</b>	N/P: Transport eines Neu-/Frühgeborenen zur stat. Aufn. auf eine N/P-Intensiv-einheit (LE=je Aufenthalt)
<b>ZZ030</b>	N/P: Allgemeine neonatologisch-pädiatrische Intensivmaßnahmen (LE=je Intensivaufenthalt)
<b>Hinweis</b>	19-487
<b>Frage</b>	Sind die Leistungen des Kapitels 19 auch dann zu codieren, wenn auf einer Normalstation eine entsprechende Leistung erbracht wird?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen des Kapitels 19 sind als Intensivleistungen definiert. Die Codierung dieser Leistungen ist daher nur im Rahmen eines Aufenthaltes auf einer neonatologischen/pädiatrischen Intensiv-einheit zulässig.

### 3.8.19 Kapitel 20 – Therapie auf Spezialabteilungen

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>AM040</b> <b>AM050</b>	Alkoholentwöhnungsbehandlung im Turnus 6–12 Wochen (LE=je Aufenthalt) Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenstationen (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	20-489
<b>Frage</b>	Darf prinzipiell jede Abteilung diese Leistungen erbringen?
<b>Antwort</b>	Die Abrechenbarkeit dieser Leistungen ist an die Anerkennung durch die Gesundheitsplattform auf Länderebene gebunden und kann nur auf einer dafür eingerichteten Kostenstelle mit dem Funktionscode 1x6215xx erfolgen.

Code	Bezeichnung
AM060	Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je ambulantem Besuch)
Hinweis	20-1093
Frage	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?
Antwort	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.

### 3.8.20 Kapitel 21 – Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie

Code	Bezeichnung
FZ060	Autologe Stammzelltransplantation (LE=je vollst. Stammzell-Tx)
FZ070	Allog. Stammzell-Tx mit red. Konditionierungsth. ohne Implantatzukauf (LE=je vollst. Stammzell-Tx)
FZ080	Allog. Stammzell-Tx, HD-/aplas. Konditionierungsth. ohne Implantatzukauf (LE=je vollst. Stammzell-Tx)
FZ090	Allog. Stammzell-Tx m. red. Konditionierungsth. mit Implantatzukauf (LE=je vollst. Stammzell-Tx)
FZ100	Allog. Stammzell-Tx, HD-/aplas. Konditionierungsth. mit Implantatzukauf (LE=je vollst. Stammzell-Tx)
Hinweis	21-464
Frage	Wie sind Stammzelltransplantationen zu codieren?
Antwort	Stammzelltransplantationen sind 1x je vollständiger Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung zu codieren. Die Leistungen beinhalten die Konditionierungschemotherapien und anteilig die Ganzkörperbestrahlung. Zytokine und andere Chemotherapien sind zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FZ040</b>	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)
<b>Hinweis</b>	21-465
<b>Frage</b>	Was ist unter „Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter FZ040 ist ausschließlich eine Stammzellgewinnung zu therapeutischen Zwecken (zur Transplantation der gewonnenen Zellen) zu codieren. Die Leistung umfasst alle für Gewinnung, Aufbereitung und Lagerung erforderlichen Leistungen inklusive der erforderlichen Pheresen. Die Verabreichung von Zytokinen ist zusätzlich unter z.B. XA200 zu codieren. Nicht unter FZ040 zu codieren sind z.B. diagnostische Knochenmarksbiopsien oder Differentialblutbilder.

Code	Bezeichnung
<b>FZ040</b>	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)
<b>Hinweis</b>	21-783
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistungseinheit „je Mobilisierungszyklus“ zu verstehen?
<b>Antwort</b>	Ein Zyklus zur Gewinnung von Blutstammzellen. Der Zyklus umfasst die Bestimmung des Stammzellgehalts und alle Stammzellpheresen. Im Regelfall entspricht dies einem stationären Aufenthalt.

Code	Bezeichnung
<b>FZ010</b>	Verabreichung von Spenderlymphozyten nach allogener Stammzelltransplantation – unverwandter Spender (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-974
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Spenderlymphozyten bei verwandten Spendern zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von Spenderlymphozyten verwandter Spender ist nicht zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>FZ060</b>	Autologe Stammzelltransplantation (LE= je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)
<b>Hinweis</b>	21-463
<b>Frage</b>	Wie ist die Leistungseinheit bei der autologen Stammzelltransplantation definiert?
<b>Antwort</b>	Die Leistungseinheit von FZ060 ist 1x je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung definiert.
<b>Hinweis</b>	21-851
<b>Frage</b>	Ist hier auch die Applikation von Stammzellkonzentraten im Bereich des Nervensystems, des Bewegungsapparates oder Ähnliches zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Alle Leistungen des Kapitels 21.01 „Stammzelltransplantation“ sind ausschließlich im Zusammenhang mit der Transplantation hämatopoetischer Stammzellen bei hämatoonkologischer Indikation zu codieren.

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>FZ120</b>	Verabreichung von modifizierten T-Zellen mit chimärischem Antigen-Rezeptor (CAR) (LE=je Aufenthalt mit abgeschlossener Therapie)
<b>Hinweis</b>	21-1008
<b>Frage</b>	Ist unter FZ120 auch die Verabreichung von vor Ort selbst hergestellten CAR-T-Zellen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter FZ120 sind nur Therapien mit EMA-zugelassenen CAR-T-Zellen zu codieren.

Code	Bezeichnung
<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) abrechenbar?
<b>Antwort</b>	<p>Alle onkologischen Therapien und alle zusätzlichen onkologischen Therapien sind ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen abrechenbar.</p> <p>Als onkologische Erkrankungen gelten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Codes der Gruppe „Bösartige Neubildungen“ (C00–C97) und B21</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) abrechenbar. Bei vergleichbarer Dosierung ist eine Codierung der onkologischen Therapien auch bei anderen Indikationen zulässig. Eine Bepunktung erfolgt nur bei Vorhandensein einer onkologischen Diagnose (siehe auch 3.5.3 Regelwerk onkologische Therapien).</p>

Code	Bezeichnung
<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 Leistungs-codes 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>

Code	Bezeichnung
<b>XA020</b>	Onk. Therapie – andere Substanzen: Bortezomib: 1,3 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-682
<b>Frage</b>	Mit welcher Anzahl ist die Verabreichung von z.B. 2,34 mg Bortezomib zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistung ist 1x pro Verabreichung von 1,3 mg/m <sup>2</sup> zu codieren. Je nach Körperoberfläche (Standardwert 1,8m <sup>2</sup> ) ergeben sich daraus unterschiedliche Werte für die absolut verabreichte Menge, die immer mit der Anzahl 1 zu codieren sind. Die Verabreichung von 2,34 mg entspricht einer Körperoberfläche von 1,8m <sup>2</sup> .

Code	Bezeichnung
<b>XA022</b>	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Carfilzomib (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-929
<b>Frage</b>	Mit welcher Leistungsanzahl ist die Verabreichung von 56 mg/m <sup>2</sup> Carfilzomib zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Bei Verabreichung von 56 mg/m <sup>2</sup> Carfilzomib ist die Leistung XA022 mit der Anzahl 2 zu erfassen (1x pro Verabreichung von 20–36 mg/m <sup>2</sup> ).

Code	Bezeichnung
<b>XA060</b>	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacicumab: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-638
<b>Frage</b>	Wie ist „XA060 – Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacicumab: 2,5 mg/kg KG“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei den zugelassenen Indikationen metastasierendes Kolonkarzinom, metastasierendes Mammakarzinom, nicht-kleinzelliges Bronchuskarzinom, fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom ist mit einer der verabreichten Menge entsprechenden Leistungsanzahl zu codieren. <b>Beispiel:</b> Bei einem Behandlungsschema mit zweiwöchiger Verabreichung von 10 mg/kg KG ist alle zwei Wochen mit Leistungsanzahl 4 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA063</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Belantamab-Mafodotin: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-1053
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Belantamab-Mafodotin in der angegebenen Dosierung von 2,5 mg/kg KG zu codieren?
<b>Antwort</b>	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
<b>XA070</b>	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Cetuximab: 250 mg/m <sup>2</sup> (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-894
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von 400 mg/m <sup>2</sup> Cetuximab zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei der ersten Verabreichung von Cetuximab werden 400 mg/m <sup>2</sup> als sog. loading dose verabreicht. Auch diese Verabreichung entspricht einer Wochendosis und ist mit der Anzahl 1 zu codieren. Allgemein gilt, dass die Verabreichung von monoklonalen Antikörpern in der ersten Woche in einer erhöhten loading dose mit der gleichen Leistungsanzahl wie in den darauffolgenden Wochen zu erfassen ist.

Code	Bezeichnung
<b>XA071</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Daratumumab 16 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-1009
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von 1800 mg Daratumumab s.c. zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von 1800 mg Daratumumab s.c. ist in Analogie zur Codierung von Rituximab s.c. und Trastuzumab s.c. (Hinweis 21-885) unter der bestehenden Leistung XA071 zu erfassen.

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

Code	Bezeichnung
<b>XA090</b> <b>XA100</b>	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab (Anti-CD20) (LE=je Applikation) Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 6 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-885
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Rituximab sc. oder Trastuzumab sc. zu codieren?
<b>Antwort</b>	Bei Verabreichung von Rituximab sc. ist 1x XA090 zu codieren, bei Verabreichung von 600 mg Trastuzumab sc. ist 1x XA100 zu codieren. Voraussetzung für die Codierung im Rahmen der LKF ist, dass eine Indikation für die stationäre Aufnahme vorliegt (z.B. weil im gleichen Aufenthalt ein operativer Eingriff erfolgt, eine Chemotherapie verabreicht wird etc.).

Code	Bezeichnung
<b>XA090</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab (Anti-CD20) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-1105 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Rituximab bei Autoimmunerkrankungen - 1000 mg abs. bzw. 500 mg abs. zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von XA090 bei nicht-onkologischen Indikationen (500 bzw. 1000 mg abs.) ist stets mit Anzahl 1 zu codieren. Eine Bepunktung findet nicht statt.

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

Code	Bezeichnung
<b>XA117</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Durvalumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-1106 (neu)
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von 1120 mg Durvalumab zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von 1120 mg Durvalumab alle 3 Wochen (für die ersten Zyklen bei Endometrium-Ca) ist wie die Verabreichung von 1500 mg, also mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA149</b>	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-470
<b>Frage</b>	Wie sind monoklonale Antikörper zu codieren, für die keine eigene Leistungsnummer existiert?
<b>Antwort</b>	Monoklonale Antikörper in der Onkologie, für die keine eigene Leistungsnummer existiert, sind unter „XA149 – Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA149</b>	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-1010
<b>Frage</b>	Wie ist eine hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion (HIPEC) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion (HIPEC) ist unter XA149 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA150</b> <b>XA160</b>	Zus. onk. Th. – antivirale Therapie mit Cidovovir: 5 mg/kg KG (LE=je Applikation) Zus. onk. Th. – antivirale Therapie mit Ribavirin i.v. (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-870
<b>Frage</b>	Kann jede antivirale Therapie bei onkologischen Patient:innen unter XA150 bzw. XA160 verschlüsselt werden?
<b>Antwort</b>	XA150 bzw. XA160 ist ausschließlich bei Verabreichung der im Leistungstext angeführten Substanz (Cidovovir bzw. Ribavirin) und bei Vorliegen einer hämato-onkologischen Grunderkrankung zu erfassen. Die Verabreichung anderer als der im Leistungstext angeführten Substanzen ist generell nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA170</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – intravenöse Antimykotika (Anidulafungin, Caspofungin, Isavuconazol, Micafungin, Voriconazol i. v.) (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>Hinweis</b>	21-639
<b>Frage</b>	Ist hier auch die orale Verabreichung von Antimykotika im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, unter XA170 ist nur die intravenöse Verabreichung der angeführten Substanzen zu codieren. Die im Leistungskatalog und den Chemotherapieschemata angeführten Substanzen sind grundsätzlich nur bei parenteraler Applikation zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA200</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 (LE=je Applikation)
<b>XA210</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE) (LE=je Applikation)
<b>XA220</b>	Zus. onk. Th. – Zytokine – langwirksamer G-CSF (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-469
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn eine febrile Neutropenie mit Zytokinen behandelt wird?
<b>Antwort</b>	Die Behandlung mit Zytokinen ist unter den jeweiligen Leistungen XA200, XA210, XA220 zu codieren. Falls eine Behandlung mit intravenösen Antimykotika erforderlich ist, so ist diese unter XA170 oder XA180 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA200</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 (LE=je Applikation)
<b>XA210</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE) (LE=je Applikation)
<b>XA220</b>	Zus. onk. Th. – Zytokine – langwirksamer G-CSF (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-460
<b>Frage</b>	Wie sind die Leistungen XA200, XA210, XA220 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Leistungen XA200, XA210 und XA220 sind zusätzlich zur onkologischen Therapie 1x pro Verabreichung der im Leistungstext angegebenen Zytokine (und Menge) zu codieren. Die Zytokingabe ist nicht zu codieren, wenn sie bereits in einem onkologischen Therapieschema (siehe Anhang Chemotherapieschemata) enthalten ist.

Code	Bezeichnung
<b>XA210</b>	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-462
<b>Frage</b>	Was ist unter „XA210 – Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE)“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	XA210 ist immer dann mit Leistungsanzahl 1 zu codieren, wenn im Rahmen eines stationären Aufenthaltes eine Wochendosis Erythropoetin (>= 30.000 IE) oder vergleichbarer Präparate (z.B. >=150µg Darbepoetin) verabreicht wird. Die Codierung ist unabhängig von der Anzahl der Einzelgaben (z.B. 3x 10.000 IE Erythropoetin) und dem verwendeten Präparat. Die Verabreichung geringerer Mengen (z.B. 1x 10.000 IE Erythropoetin) ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>FV531</b> <b>XA230</b> <b>XA250</b>	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation) Zus. onk. Th. – bestrahltes Erythrozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation) Zusätzliche onkologische Therapie – Thrombozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-473
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von unbestrahlten Erythrozytenkonzentraten zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von unbestrahlten Erythrozytenkonzentraten ist unter FV531 zu codieren.
<b>Hinweis</b>	21-640
<b>Frage</b>	Ist XA250 generell zu codieren, wenn Thrombozytenkonzentrate verabreicht werden oder nur bei onkologischen Erkrankungen?
<b>Antwort</b>	XA250 ist wie alle anderen Leistungen des Unterkapitels 21.03 Zusätzliche onkologische Therapie nur bei onkologischen Erkrankungen zu codieren.
<b>Hinweis</b>	21-893
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer onkologischen Behandlung sowohl Thrombozytenkonzentrate von Einzelspendern als auch nicht bestrahlte Erythrozytenkonzentrate verabreicht werden?
<b>Antwort</b>	In diesem Fall ist sowohl XA250 als auch FV531 zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA260</b>	Behandlung mit unspezifischen IgG 10–35g (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-475
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von spezifischem Gammaglobulin (z.B. gegen RS-Viren) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung von spezifischem Gammaglobulin ist nicht zu codieren. Unter „XA260 – Behandlung mit unspezifischen IgG 10–35g“ ist nur die Verabreichung unspezifischer IgG-Präparate in der angegebenen Menge zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XA270</b>	Behandlung mit unspezifischen IgG > 35g (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-849
<b>Frage</b>	Mit welcher Anzahl ist die Leistung XA270 zu codieren, wenn eine Menge von 70g verabreicht wird?
<b>Antwort</b>	Immer wenn eine größere Menge als 35g verabreicht wird, ist XA270 mit Anzahl 1 zu codieren. Dies gilt auch dann, wenn ein Vielfaches von 35g verabreicht wird.

Code	Bezeichnung
<b>XA320</b>	Monoklonale Antikörper bei Organtransplantation (LE=pro Behandlungsserie (Induktion/Abstoßung))
<b>Hinweis</b>	21-908
<b>Frage</b>	Ist die Codierung von XA320 bei tagesklinischen Aufenthalten zulässig?
<b>Antwort</b>	Die Codierung von XA320 bei tagesklinischer Verabreichung ist nicht zulässig. Die Leistungseinheit ist „pro Behandlungsserie (Induktion/Abstoßung)“ definiert. Die Behandlungsserie ist als stationäre Behandlungsserie definiert und umfasst sämtliche während des stationären Aufenthaltes zur Transplantation erforderlichen Verabreichungen. XA320 ist nur einmal im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zu erfassen.

Code	Bezeichnung
<b>XA149</b> <b>XC724</b>	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt) MTX (auch HD) (Tag 1)
<b>Hinweis</b>	21-481
<b>Frage</b>	Wie ist die Verabreichung von Methotrexat bei nicht onkologischen Erkrankungen wie z.B. einer Blasenmole zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine MTX-Therapie ist auch bei nicht onkologischen Erkrankungen nur unter XC724 zu codieren, wenn Methotrexat in einer Dosierung von mindestens 500 mg/m <sup>2</sup> verabreicht wird.

Code	Bezeichnung
<b>XA090</b>	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab (Anti-CD20) (LE=je Applikation)
<b>Hinweis</b>	21-823
<b>Frage</b>	Ist die Verabreichung von monoklonalen Antikörpern, wie z.B. von Rituximab, 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.

Code	Bezeichnung
<b>XA341</b>	Substitution mit Einzelfaktorkonzentrat bei angeborenem Mangel an Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX oder Faktor XIII (LE= je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>Hinweis</b>	21-484
<b>Frage</b>	Was ist unter der Leistung XA341 zu codieren?
<b>Antwort</b>	Unter XA341 ist nur die Verabreichung von Einzelfaktorkonzentraten zur Substitution angeborener Gerinnungsstörungen zu codieren. Die Verabreichung von AT-III Konzentrat oder von Prothrombinkomplex-Präparaten zur Behandlung eines Mangels der Faktoren II, IX und X ist nicht zu codieren. Die Leistung ist unabhängig von der pro Tag verabreichten Menge bzw. der Anzahl der einzelnen Verabreichungen einmal pro Behandlungstag zu codieren.

Code	Bezeichnung
<b>XB100</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Tageschemotherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulantem Besuch)
<b>XB110</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Chemotherapie stationär (LE=je angefangene Woche)
<b>XB210</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Erwinia-Asparaginase (LE=je Verabreichung)
<b>XB270</b>	Pädiatrische onkologische Therapie: Trabectedin (LE=je Verabreichung)
<b>Hinweis</b>	21-977
<b>Frage</b>	Wie sind pädiatrische onkologische Therapien zu codieren?
<b>Antwort</b>	XB100 ist bei ambulanten Besuchen/0-Tagesaufenthalten zu erfassen, wenn eine pädiatrische onkologische Therapie verabreicht wird, die nicht unter einer eigenen Leistungsnummer (XB2xx) codierbar ist. Die Codierung erfolgt 1x pro ambulantem Besuch. XB110 ist bei stationären Aufenthalten zu erfassen, wenn eine pädiatrische onkologische Therapie verabreicht wird, die nicht unter einer eigenen Leistungsnummer (XB2xx) codierbar ist. Die Codierung erfolgt alle 7 Tage ab dem ersten Behandlungstag. Wenn eine der unter XB2xx abgebildeten Substanzen (z.B. Erwinia-Asparaginase, Clofarabin, Trabectedin) verabreicht wird, ist dies unter der jeweiligen Leistungsnummer zu codieren. Wenn auch andere Substanzen verabreicht werden, ist dies unter XB100/XB110 zu codieren. Die Leistungen XB100 bis XB270 sind nur bei ambulanten Besuchen/stationären Aufenthalten von Kindern/Jugendlichen zu codieren. Bei Codierung in Kombination mit einem Alter > 25 wird von der Plausibilitätsprüfung ein Error generiert.

Code	Bezeichnung
<b>XB100 bis XB270 XC012 bis XC990</b>	Pädiatrische onkologische Therapie  Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-909
<b>Frage</b>	Wie ist vorzugehen, wenn bei Kindern/Jugendlichen eine Chemotherapie verabreicht wird, für die eine Leistungsposition im Handbuch Chemotherapieschemata Erwachsene existiert?
<b>Antwort</b>	Die Verabreichung einer Chemotherapie bei Kindern/Jugendlichen ist ausnahmslos unter den Leistungspositionen XB100 bis XB270 zu codieren. Von der Plausibilitätsprüfung wird bei Codierung einer mit XC beginnenden Chemotherapie bei der Altersgruppe < 15 Jahren ein Error ausgegeben.

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>	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. <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> Bitte Änderungen der Verabreichungstage oder modifizierte Schemata dem BMSGPK mitteilen, damit eine Aktualisierung der Schemata erfolgen kann.

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC954 XC990</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-784
<b>Frage</b>	Können gleichzeitig zwei Chemotherapieschemata bzw. ein Chemotherapieschema und die Fortsetzung einer Chemotherapie codiert werden?
<b>Antwort</b>	Nein. Die Chemotherapieschemata sind so konzipiert, dass immer nur ein Schema verabreicht werden kann. In einem durchgehenden längeren Aufenthalt ist die Verabreichung mehrerer Schemata nacheinander möglich.

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>	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. Beispiel Verabreichung von Cisplatin/Etoposid (PE) (Tag 1-3): <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>

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.</p> <p>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>

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>	<p>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.</p> <p><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)“</p>

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC954</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-786
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn die angeführte Substanzkombination nicht in den Chemotherapieschemata enthalten ist?
<b>Antwort</b>	<p>In diesen Fällen ist die Hauptsubstanz als Monotherapie zu codieren. Im Regelfall handelt es sich um Kombinationen einer abgebildeten Monotherapie mit nicht kostenrelevanten Zytostatika. Bei der Auswahl der Monotherapie ist auch die Dosierung zu berücksichtigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei Substanzen der nicht abgebildeten Kombination sind als Monotherapie in der jeweiligen Dosierung abgebildet: Codierung der höherwertigen Monotherapie</li> <li>• Eine Substanz der nicht abgebildeten Kombination ist in entsprechender Dosierung als Monotherapie abgebildet: Codierung der entsprechenden Monotherapie</li> <li>• Keine Substanz der nicht abgebildeten Kombination ist in entsprechender Dosierung als Monotherapie abgebildet: Codierung unter XA149</li> </ul> <p>Die Codierung von zwei Monotherapien ist nicht zulässig. Bitte nicht abgebildete Schemata dem BMSGPK mitteilen, damit eine Aktualisierung erfolgen kann.</p>

Code	Bezeichnung
<b>XC652</b>	Ifosfamid (auch HD) (Tag 1–7)
<b>XC724</b>	MTX (auch HD) (Tag 1)
<b>XC804</b>	Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie+ Zytokin) (LE=je Aufenthalt)
<b>Hinweis</b>	21-642
<b>Frage</b>	Wann ist „XC804 – Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie + Zytokin)“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	<p>„XC804 – Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie + Zytokin)“ ist immer dann zu codieren, wenn eine Chemotherapie mit dem Ziel einer kompletten reversiblen Myelosuppression als Vorbereitung zur Stammzellgewinnung erfolgt. Dies ist auch dann der Fall, wenn eine der verabreichten Substanzen mit eigener Nummer angeführt ist. XC804 umfasst den gesamten Verabreichungszyklus inklusive der Zytokingabe.</p> <p>Die Codierung erfolgt daher 1x pro Aufenthalt, eine zusätzliche Codierung der Zytokinverabreichung unter XA200 bis XA220 ist nicht zulässig.</p>

Code	Bezeichnung
<b>XC012 bis XC954</b>	Chemotherapieschemata Erwachsene
<b>Hinweis</b>	21-499
<b>Frage</b>	Wie ist bei einer Patientin zu codieren, die zu einer geplanten Aufnahme zur Chemotherapie kommt, aber wegen einer Leukopenie zur Therapie nicht aufgenommen werden kann und daher wieder nach Hause geschickt wird?
<b>Antwort</b>	Für eine geplante Aufnahme zur Chemotherapie, bei der wegen einer Leukopenie zur Therapie nicht aufgenommen werden kann, ist kein Datensatz anzulegen bzw. ist keine Aufnahme durchzuführen. Der/die aufnehmende Arzt/Ärztin hat die Krankenanstaltenbedürftigkeit vor Aufnahme durch geeignete Untersuchungen (z.B. Blutbild) festzustellen. Liegt keine Krankenanstaltenbedürftigkeit (hier: zur Durchführung einer Chemotherapie) vor (hier: weil eine Leukopenie vorliegt), ist die Patientin nicht aufzunehmen.

## 3.9 Bepunktungsregeln

### 3.9.1 Grundsätze

Für das LKF-Modell 2009 wurden die bis dahin im Handbuch medizinische Dokumentation enthaltenen finanzierungsrelevanten Codierregeln, die bei der Dokumentation mehrerer Leistungen in der gleichen Sitzung die Dokumentation einer oder mehrerer Leistungen nicht gestatteten, in Bepunktungsregeln umgewandelt.

Bei der Leistungsdokumentation ist daher lediglich darauf zu achten, dass die codierte Leistung auch der Leistungsdefinition entspricht.

Weiters können Leistungen, die definitionsgemäß bereits in anderen Leistungen enthalten sind, in Kombination mit diesen Leistungen nicht zusätzlich bepunktet werden.

Im Folgenden sind die Bepunktungsregeln nach Kapiteln geordnet dargestellt.

### 3.9.2 Kapitel 01 – Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule

Code	Bezeichnung
<b>AD010</b>	Implantation einer intrakraniellen Drucksonde durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>AD020</b>	Anlage einer externen Ventrikeldrainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Das Legen einer Hirndrucksonde oder einer Ventrikeldrainage ist bei Eingriffen mit Eröffnung des Schädels inkludiert. Bei gleichzeitiger Codierung von anderen Eingriffen mit Eröffnung des Schädels erfolgt daher keine zusätzliche Bepunktung von AD010 und AD020.

Code	Bezeichnung
<b>LH030</b>	Interarcuäre Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	LH030 ist als alleiniger Eingriff definiert und kalkuliert und wird im Zuge eines anderen Eingriffs an der Wirbelsäule nicht zusätzlich bepunktet.

Code	Bezeichnung
<b>LH040</b>	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung der Dekompression lumbaler Nervenwurzeln bei Implantation eines dorsalen, interspinösen Spacers (LH080)

Code	Bezeichnung
<b>LD030</b>	Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – dorsal (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung der Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel im Rahmen einer Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LD051)

Code	Bezeichnung
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>AJ090</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)
<b>AJ100</b>	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>AJ110</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
<b>AJ120</b>	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Bei Kombination der Dekompression eines peripheren Nerven mit Osteotomie, Ganglionfernung, Tenolyse an der gleichen Extremität wird nur die höherwertige Leistung bepunktet.

### 3.9.3 Kapitel 02 – Augen und Orbita

Code	Bezeichnung
BC010	Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Resektion eines Pterygiums (LE=je Seite) im Rahmen einer Hornhauttransplantation

Code	Bezeichnung
BH010	Bulbusnaht (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Bulbusnaht oder Naht der Augenmuskeln im Rahmen einer Rekonstruktion des Auges

Code	Bezeichnung
BH010	Bulbusnaht (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Bulbusnaht bei Eingriffen an Bulbus und Glaskörper

Code	Bezeichnung
BJ010	Naht der Augenmuskeln (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Naht der Augenmuskeln im Rahmen einer Korrekturoperation an den Augenmuskeln

### 3.9.4 Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals

Code	Bezeichnung
AJ050	Rekonstruktion eines peripheren Nerven mit autologen Transplantaten (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Nerventransplantation im Rahmen einer Resektion der Parotis mit autologer Nerventransplantation

Code	Bezeichnung
LB080	(Aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung Knochenentnahme/Knochenersatzmaterial bei Alveolarkammplastik (inkludiert)

Code	Bezeichnung
HD030	Pharyngotomie (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pharyngotomie (LE=je Sitzung) im Rahmen anderer Eingriffe am Pharynx

### 3.9.5 Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax

Code	Bezeichnung
<b>GG010</b>	Pleurektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pleurektomie im Rahmen einer Lungenresektion

Code	Bezeichnung
<b>FB010</b>	Thymektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Thymektomie im Rahmen anderer Operationen im Thorax

Code	Bezeichnung
<b>GF030</b>	Thorakoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer diagnostischen Thorakoskopie im Rahmen therapeutischer Thorakoskopien

Code	Bezeichnung
<b>GF040</b>	Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer therapeutischen Thorakoskopie im Rahmen spezifischer thorakoskopischer Eingriffe

Code	Bezeichnung
<b>GF050</b>	Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Thorakotomie im Rahmen anderer Eingriffe im Thorax

Code	Bezeichnung
<b>LJ010</b>	Sternumresektion (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Sternumresektion im Rahmen einer Thorakoplastik oder einer Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand

### 3.9.6 Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem

Code	Bezeichnung
<b>EB050</b>	Arteriennaht – extrakranielle Gefäße des Kopfes und des Halses (LE=je Sitzung)
<b>EC050</b>	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
<b>ED050</b>	Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
<b>EF050</b>	Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Arteriennaht bei anderen Eingriffen an den Arterien

Code	Bezeichnung
<b>NJ090</b>	Faszienspaltung an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung von NJ090 – Faszienspaltung an der unteren Extremität im Rahmen einer Varizenoperation (EK030–EK050)

Code	Bezeichnung
<b>FC070</b>	Radikale axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer radikalen axillären Lymphadenektomie im Rahmen einer Mammaresektion mit axillärer Lymphadenektomie

Code	Bezeichnung
<b>FC130</b>	Radikale pelvine Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>FC140</b>	Radikale pelvine Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Radikalen pelvinen Lymphadenektomie im Rahmen einer radikalen Prostatektomie mit Lymphadektomie (JG070, JG080)

Code	Bezeichnung
<b>FC130</b>	Radikale pelvine Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>FC140</b>	Radikale pelvine Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Radikalen pelvinen Lymphadenektomie im Rahmen erweiterter Hysterektomien (JK130–JK150)

### 3.9.7 Kapitel 06 – Endokrine Drüsen

Code	Bezeichnung
<b>KD020</b>	Parathyreoidektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>KD040</b>	Parathyreoidektomie mit Autotransplantation (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Parathreoidektomie im Rahmen einer Thyreoidektomie

### 3.9.8 Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen

Code	Bezeichnung
JA030	Nierennaht (LE=je Seite)
JD020	Naht der Harnblase (LE=je Sitzung)
HE040	Naht, Übernähung am Ösophagus (LE=je Sitzung)
FF020	Milzklebung, Milznaht (LE=je Sitzung)
HF040	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – offen (LE=je Sitzung)
HL020	Lebernaht, Leberklebung (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Naht, Übernähung (Abdominalorgane, Blase, Niere) im Rahmen anderer Eingriffe am gleichen Organ

Code	Bezeichnung
LM101	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung)
LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung des Verschlusses paraumbilicalen Hernie/Narbenhernie im Rahmen einer abdominalen Operation

Code	Bezeichnung
HP020	Laparoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer diagnostischen Laparoskopie im Rahmen therapeutischer Laparoskopien

Code	Bezeichnung
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer therapeutischen Laparoskopie im Rahmen spezifischer laparoskopischer Eingriffe
Code	Bezeichnung
FC110	Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
JF010	Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)
Regel	Bei Mehrfachcodierung wird nur die höherwertige Leistung bepunktet.

Code	Bezeichnung
LM030	Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung)
LM040	Fundoplikatio/Hiatusplastik - laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Hiatusplastik/Fundoplikatio im Rahmen eines Gastric Bandings (HF260, HF270)

Code	Bezeichnung
<b>HM140</b>	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)
<b>HM150</b>	Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Cholezystektomie und Interposition eines Dünndarmabschnittes gehören zur biliodigestiven Anastomose dazu. Daher werden Cholezystektomie oder Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung nicht zusätzlich bepunktet.

Code	Bezeichnung
<b>HM100</b>	Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>HM110</b>	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Cholezystektomie im Rahmen anderer Eingriffe im Bereich von Leber, Gallenwegen, Pankreas, Magen

Code	Bezeichnung
<b>HG050</b>	Enterotomie (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Enterotomie bei anderen Eingriffen am Dünndarm

Code	Bezeichnung
<b>HH040</b>	Appendektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>HH050</b>	Appendektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Appendektomie im Rahmen anderer Eingriffe im Abdomen

Code	Bezeichnung
<b>HK010</b>	Inzision bei anorektalem Abszess (LE=je Sitzung)
<b>HK030</b>	Exzision einer Analfissur (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Operationen im Bereich des Anus

### 3.9.9 Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe

Code	Bezeichnung
<b>JD060</b>	Zystektomie, Zystoprostektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>JD070</b>	Zystektomie, Zystoprostektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Zystektomie im Rahmen einer Blasenersatzplastik (JD100). Die Zystektomie ist in den Punkten der Blasenersatzplastik enthalten.

Code	Bezeichnung
JD030	Zystotomie (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Zystotomie bei anderen Eingriffen an der Blase

Code	Bezeichnung
JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung)
JG020	Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)
Regel	Bei gleichzeitiger transurethraler Entfernung von Teilen der Blase und der Prostata wird nur die höherwertige Leistung bepunktet.

Code	Bezeichnung
JJ010	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Teilentfernung der Adnexen im Rahmen einer Hysterektomie oder einer Myomentfernung (JK060)

Code	Bezeichnung
JJ010	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Teilentfernung der Adnexen im Rahmen einer Sectio (JN040)

Code	Bezeichnung
JJ050	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Tubenunterbrechung im Rahmen einer Teilentfernung der Adnexen (JJ020)

Code	Bezeichnung
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Curettage im Rahmen einer Konisation (JK020)

Code	Bezeichnung
JE050	Schlingensuspension der Urethra bei der Frau (LE=je Sitzung)
JL020	Kolposuspension, Kolpopexie – vaginal (LE=je Sitzung)
JL030	Kolposuspension, Kolpopexie – abdominal (LE=je Sitzung)
JL040	Kolposuspension, Kolpopexie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JL050	Kolporrhaphie (LE=je Sitzung)
Regel	Bei einer Schlingensuspension oder Kolporrhaphie im Rahmen einer Kolposuspension, Kolpopexie wird nur die höherwertige Leistung bepunktet.

Code	Bezeichnung
JK060	Myomentfernung – offen (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Myomentfernung im Rahmen einer Sectio (JN040)

### 3.9.10 Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde

Code	Bezeichnung
QA020	Narbenkorrektur im Gesichts-/Halsbereich (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Operationen im Gesichtsbereich

Code	Bezeichnung
QZ030	Narbenkorrektur und -resektion (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Operationen im Bereich Haut/ Extremitäten/Thorax und Abdominalwand

Code	Bezeichnung
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Spalthauttransplantation oder Vollhauttransplantation mit einem plastischen Wundverschluss (QZ550).

### 3.9.11 Kapitel 10 – Bewegungsapparat

Code	Bezeichnung
LZ031	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe an Kopf, Hals und Rumpf

Code	Bezeichnung
MA030	Subakromiale Dekompression – offen (LE=je Seite)
MA040	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)
Regel	Die Rekonstruktion der Rotatorenmanschette inkludiert auch eine subakromiale Dekompression. Keine zusätzliche Bepunktung einer subakromialen Dekompression im Rahmen einer Rekonstruktion der Rotatorenmanschette (MJ010, MJ020)

Code	Bezeichnung
MB030	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Dekompression peripherer Nerven im Rahmen von Osteosynthesen

Code	Bezeichnung
<b>MZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung der Entfernung von Osteosynthesematerial im Rahmen einer Arthrodese

Code	Bezeichnung
<b>MH010</b>	Arthrodese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
<b>MH040</b>	Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Arthrodese/Arthroplastik im Rahmen einer Osteosynthese der Mittelhand

Code	Bezeichnung
<b>AJ070</b>	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
<b>AJ080</b>	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Dekompression des Nervus medianus im Rahmen einer palmaren Fasziektomie (MJ150)

Code	Bezeichnung
<b>MJ060</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)
<b>MJ080</b>	Naht, knöcherner Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MJ130</b>	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>MZ020</b>	Exstirpation einer Synovialzyste/Bursektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung von Begleiteingriffen wie Tenolyse, Sehnennaht oder Exstirpation einer Synovialzyste im Rahmen einer palmaren Fasziektomie (MJ150)

Code	Bezeichnung
<b>MJ120</b>	Ringbandspaltung (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Ringbandspaltung im Zuge eines anderen Eingriffs an Hand, Handgelenk, Sehnen der oberen Extremität

Code	Bezeichnung
<b>MZ031</b>	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe an der oberen Extremität

Code	Bezeichnung
<b>NE111</b>	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Pfanneninlay (LE=je Seite)
<b>NE112</b>	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftkopf (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung eines Inlaywechsel bei Reimplantation einer Teil-/Totalendoprothese

Code	Bezeichnung
<b>NA060</b>	Pfannendachplastik (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pfannendachplastik bei der Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (NE120)

Code	Bezeichnung
<b>NB030</b>	Osteosynthese am Oberschenkelschaft (LE=je Seite)
<b>NB050</b>	Osteosynthese des Oberschenkels bei periprothetischer Fraktur (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Osteosynthese bei Reimplantation einer Endoprothese des Hüftgelenks (NE140)

Code	Bezeichnung
<b>NE050</b>	Arthrolyse des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
<b>NE070</b>	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer kompletten Synovektomie bei Erstimplantation einer Endoprothese und keine zusätzliche Bepunktung einer partiellen Synovektomie bei Erst- und Reimplantation einer Endoprothese

Code	Bezeichnung
<b>NZ010</b>	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung der Entfernung von Osteosynthesematerial im Rahmen einer Implantation oder Reimplantation einer Endoprothese

Code	Bezeichnung
<b>NF100</b>	Arthrolyse des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)
<b>NF110</b>	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Synovektomie im Rahmen der Implantation eines Patellaersatzes (NF211)

Code	Bezeichnung
<b>NE020</b>	Arthroskopische Operation des Hüftgelenks (LE=je Seite)
<b>ME060</b>	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)
<b>NF020</b>	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite)
<b>MF040</b>	Arthroskopische Operation des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
<b>MG020</b>	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)

<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer arthroskopischen Operation im Rahmen spezifischer arthroskopischer Operationen am gleichen Gelenk
--------------	--

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>NF211</b>	Implantation eines Patellaersatzes (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung der Implantation eines Patellaersatzes im Rahmen der Implantation oder Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>NZ031</b>	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe an der unteren Extremität

### 3.9.12 Kapitel 11 – Organtransplantationen

<b>Code</b>	<b>Bezeichnung</b>
<b>GF170</b>	Intraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)
<b>GF181</b>	Extraperikardiale Pneumektomie – offen (LE=je Sitzung)
<b>GF182</b>	Extraperikardiale Pneumektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
<b>Regel</b>	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pneumektomie im Rahmen einer Lungentransplantation (GF190 – Implantation der Lunge)

# 4 Dokumentationssystem für die Intensivmedizin

Im Folgenden sind die Codierhinweise zur Intensivdokumentation dargestellt. Die EDV-technischen Hinweise sowie eine detaillierte **Beschreibung der Satzarten** inklusive der Wertebereiche und der **Definition der Items** sind dem Anhang 1 „**Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen**“ des Handbuchs „**Organisation und Datenverwaltung**“ zu entnehmen.

## 4.1 Allgemeine Informationen

### Grundlagen

Seit 1. März 1998 ist ein eigenes Dokumentationssystem für Intensivseinheiten eingeführt. Die im Rahmen dieses Dokumentationssystems zu erfassenden Daten ermöglichen eine tägliche Beurteilung des Pflege- und Therapieaufwandes und eine Beurteilung des Schweregrades. Diese Daten sind eine zentrale Grundlage für die Beurteilung des Leistungsgeschehens und für die Kategorisierung der Intensivseinheiten seit 1999. Die in der Intensivmedizin angewendeten Überwachungs- und Behandlungsmethoden haben sich seit der Einführung des Dokumentationssystems beträchtlich weiterentwickelt. Auch das Spektrum der zu behandelnden Patient:innen hat sich verändert. Um diese Veränderungen auch in Zukunft abbilden zu können, wurde das Dokumentationssystem mit dem Berichtsjahr 2012 aktualisiert. Das aktualisierte Dokumentationssystem ermöglicht eine Darstellung der Aktivitätsmuster auf Intensivseinheiten und eine Weiterentwicklung des Intensiveinstufungs- und Bepunktungsmodells.

Die zu erhebenden Daten gliedern sich in:

- Administrative Daten zu Patient:in und Aufenthalt
- SAPS3-Daten (bei Aufnahme auf die Intensivseinheit)
- TISS-A Daten (täglich)

### Geltungsbereich der Intensivdokumentation

Die im Rahmen des Dokumentationssystems für die Intensivmedizin zu erhebenden Daten sind für alle Aufenthalte von Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, auf Intensivbehandlungseinheiten verpflichtend und für alle anderen Intensivaufenthalte auf freiwilliger Basis zu erfassen.

## 4.2 Hinweise zur Codierung der administrativen Daten

### Satzart X02: Hauptkostenstelle – Abgangsart

<b>Frage</b>	Wann ist die Abgangsart „Lebend mit Therapiereduktion“ oder „Gestorben mit Therapiereduktion“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Die Abgangsart „mit Therapiereduktion“ ist zu codieren, wenn der:die Patient:in aufgrund einer infausten Prognose im Einklang mit den gesetzlichen und ethischen Regeln eine Reduktion der lebensverlängernden Therapiemaßnahmen erhalten hat. Hier ist nicht zu codieren, wenn der:die Patient:in aufgrund der Besserung des Krankheitsbildes eine Reduktion der Therapiemaßnahmen erhalten hat.

## 4.3 Hinweise zur Codierung des SAPS3

### 4.3.1 Allgemeine Hinweise zur Erfassung des SAPS3

#### Dokumentationsregel:

Bei jeder Aufnahme auf eine Intensivbehandlungseinheit ist ein SAPS3-Datensatz zu melden.

#### Erhebungszeitraum

<b>Frage</b>	Welcher Erhebungszeitraum ist für die Eingabe der SAPS3-Daten heranzuziehen?
<b>Antwort</b>	Der gültige Erhebungszeitraum für den SAPS3 liegt zwischen einer Stunde vor der Aufnahme (die Übernahme von Daten aus dem präklinischen Bereich ist zulässig) und 6 Stunden nach der Aufnahme auf der Intensivstation.
<b>Frage</b>	Zur Erstellung des SAPS3 ist die Verwendung von Daten aus der letzten Stunde vor der Intensivaufnahme grundsätzlich zulässig. Gilt dies auch für Daten aus dem OP-Bereich?
<b>Antwort</b>	Die Verwendung von Daten aus der letzten Stunde vor der Intensivaufnahme ist primär für Daten aus dem Schockraum, dem präklinischen Bereich und der Normalstation vorgesehen. Grundsätzlich können auch Daten aus dem OP-Bereich verwendet werden. Dabei gelten die folgenden Einschränkungen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Die physiologischen Parameter „Herzfrequenz“, „Körpertemperatur“, „Systolischer Blutdruck (Minimum)“ sind nicht zu verwenden.</li><li>• „Mechanische Beatmung“ ist nicht zu verwenden.</li><li>• „Vasoaktive Medikamente“ zur Korrektur anästhesiebedingter Hypotonien sind nicht zu erfassen.</li></ul>

<b>Frage</b>	Was ist als Erhebungsdatum zu codieren, wenn der Erhebungszeitraum in den Folgetag hineinreicht?
<b>Antwort</b>	Als Erhebungsdatum für die SAPS3-Daten ist immer das Aufnahme datum auf die Intensivstation zu wählen, auch wenn der Erhebungszeitraum in den Folgetag hineinreicht.
<b>Frage</b>	Wieviele SAPS3-Datensätze sind zu melden, wenn die gleiche Person innerhalb eines Kalendertages auf eine Intensiveinheit aufgenommen, auf eine andere Station entlassen wieder auf die gleiche Intensiveinheit aufgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Es sind zwei SAPS3-Datensätze zu dokumentieren.

### 4.3.2 Definitionen der SAPS-Items und Codierhinweise

#### Akute Infektion bei Aufnahme

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
<b>1</b>	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	Akute Infektion bei Aufnahme
<b>Position 1</b>	Nosokomiale Infektion Infektion, welche bei Aufnahme in das Spital nicht existiert und sich 48 Stunden oder später nach Aufnahme im Spital oder nach einer medizinischen/chirurgischen (diagnostischen oder therapeutischen) Intervention entwickelt
<b>Position 2</b>	Respiratorische Infektion <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definitive Pneumonie: alle Haupt- oder 2 Haupt- und 2 Neben-Kriterien plus mindestens 1 mikrobiologisches Kriterium</li> <li>• Mögliche Pneumonie: Haupt- und mindestens 1 oder mehrere Neben-Kriterien</li> <li>• Lungenabszess oder</li> <li>• andere Infektion des unteren Respirationstraktes</li> </ul>

#### Hinweis:

Bei Zutreffen einer der oben angeführten Infektionen ist die entsprechende Position im Datenfeld auf "1" zu setzen, andernfalls ist "0" zu übermitteln. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

#### Pneumoniekriterien

Haupt-Kriterien (Pneumonie):

- Fieber oder Hypothermie
- Inflammatorische Antwort: Leukozyten  $>15 \cdot 10^9/L$ , CRP  $>$  doppelter Normalwert
- Neues Infiltrat am CP

Neben-Kriterien (Pneumonie):

- Aushusten eines purulenten Sputums
- Physikalische Zeichen der Konsolidierung der Lunge
- Änderung des Sauerstoffbedarfs welche nicht anders erklärbar ist

Mikrobiologische Kriterien:

- Positive Blut-Kultur mit einem respiratorischen Pathogen
- Sputum entsprechend den Murray and Washington Kriterien mit Wachstum eines möglichen pathogenen Keimes (gilt nur für nicht-beatmete Patient:innen)
- Positive Kultur einer Bronchial-Lavage (Quantitative Kultur  $\geq 10^3$  CFU/ml), Trans-tracheale Aspiration (Quantitative Kultur  $\geq 10^6$  CFU/ml) oder einer perkutanen Lungenaspiration (beatmete Patient:innen)
- Pneumokokken-Antigen in Blut, Sputum oder Urin
- Serologische Diagnose nur akzeptierbar für die Diagnose einer of Legionellen-, Mykoplasmen- oder Chlamydien-Pneumonie.

### **Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert**

Hier ist anzugeben, ob außer den angeführten organbezogenen Aufnahmegründen ein anderer, nicht klassifizierter, direkter Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten an die Intensivstation vorliegt.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert/nicht erhoben
<b>1</b>	Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert

#### **Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

### **Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz**

Hier ist anzugeben, ob Basispflege und Observanz direkter Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation sind.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz/nicht erhoben
<b>1</b>	Präoperative/Präinterventionelle Optimierung: Hämodynamische, renale oder respiratorische Optimierung vor einem elektiven Eingriff für maximal 48 Stunden
<b>2</b>	Medizinische Überwachung: Patient:in benötigt mindestens stündliche Überwachung, der Vitalparameter
<b>3</b>	Postoperative/Postinterventionelle Überwachung: Patient:in benötigt mindestens stündliche Überwachung der Vitalparameter nach operativen Eingriffen oder Interventionen

**Hinweis:**

Generell gilt, dass alle vitalen Organfunktionen funktionieren und der Support minimal notwendig ist. Der:die Patient:in ist in der Intensivstation für ein/eine

- präoperative Optimierung (gilt für maximal 48 Stunden): Auswahl 1
- reine Überwachung aus medizinischen Gründen: Auswahl 2
- Monitoring bei Drogen-Intoxikation ohne Organdysfunktionen: Auswahl 2
- Überwachung nach schweren Eingriffen: Auswahl 3
- post-chirurgische Pflege mit besonderem Aufwand: Auswahl 3
- Entwöhnung von der Beatmung nach einem chirurgischen Eingriff: Auswahl 3

<b>Frage</b>	Ist es zulässig, bei Auswahl des Items „Basispflege und Observanz“ einen weiteren organspezifischen Aufnahmegrund zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Ja, eine Mehrfachauswahl ist möglich. „Basispflege und Observanz“ ist auszuwählen, wenn präoperative/präinterventionelle Optimierung, medizinische Überwachung oder postoperative Überwachung der Grund für die Aufnahme an der Intensiveinheit war. Wenn weitere organspezifische Gründe vorliegen, sind diese ebenfalls zu erfassen.

**Aufnahmegrund: Gastrointestinal**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten gastrointestinalen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation darstellt.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Gastrointestinal/nicht erhoben
<b>1</b>	Blutung: Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt
<b>2</b>	Akutes Abdomen: Assoziiert mit einer Infektion, Perforation, Ischämie im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt. Exkludiert die schwere Pankreatitis.
<b>3</b>	Schwere Pankreatitis
<b>4</b>	Andere

**Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

**Aufnahmegrund: Hämatologisch**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten hämatologischen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation darstellt.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Hämatologisch/nicht erhoben
<b>1</b>	Haemorrhagisches Syndrom/DIC: Koagulationsstörungen wie Thrombozytopenie mit Thrombozytenzahlen <20 G/L und/oder verlängerter PTZ und/oder angeborenen oder erworbenen Störungen von Faktoren der Blutgerinnung
<b>2</b>	Schwere Hämolyse
<b>3</b>	Andere

**Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

**Aufnahmegrund: Kardiovaskulär**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten kardiovaskulären Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation darstellt.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Kardiovaskulär/nicht erhoben
<b>1</b>	Herzstillstand: Mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Herzmassage/Defibrillation
<b>2</b>	Schock: Hypovolämischer: durch externe Verluste oder interne Sequestration
<b>3</b>	Schock: Hämorrhagischer
<b>4</b>	Schock: Septischer
<b>5</b>	Schock: Kardiogener

<b>6</b>	Schock: Anaphylaktischer
<b>7</b>	Schock: Gemischt und undefiniert
<b>8</b>	Thoraxschmerzen: Mit EKG und/oder serologischen Veränderungen, welche mit Angina pectoris oder einem akuten Myokardinfarkt kompatibel sind
<b>9</b>	Hypertensive Krise
<b>10</b>	Rhythmusstörungen: durch Herzfrequenz oder Herzleitungsstörungen
<b>11</b>	Herzinsuffizienz (ohne Schock): Links-, Rechts- oder Global-Insuffizienz
<b>12</b>	Andere

**Hinweis:**

Schock: Definiert durch einen systolischen Blutdruck < 90 mmHg oder einem Abfall > 40 mmHg von der Ausgangssituation und Vorliegen klinischer Symptome peripherer Kreislaufinsuffizienz (kalte Haut, Zyanose) und Organminderperfusion (Oligurie, Enzephalopathie, Metabolische Azidose). Zusätzlich Einsatz von Vasopressoren, um den Blutdruck aufrecht zu erhalten (Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin in jeder Dosierung, Dopamin >5 µg/kg/min).

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

**Aufnahmegrund: Leber**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten hepatischen Diagnosen/Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Leber/nicht erhoben
<b>1</b>	Leberversagen: Leberversagen mit metabolischen Störungen oder hepatischer Enzephalopathie
<b>2</b>	Andere

**Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

### **Aufnahmegrund: Metabolisch**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten metabolischen Diagnosen/Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Metabolisch/nicht erhoben
<b>1</b>	Säure-Basen Haushalts- und Elektrolytstörungen
<b>2</b>	Hypo- und Hyperthermie
<b>3</b>	Hypo- und Hyperglykämie: Inkludiert diabetisches Koma
<b>4</b>	Andere

#### **Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

### **Aufnahmegrund: Neurologisch**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten neurologischen Diagnosen/Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Neurologisch/nicht erhoben
<b>1</b>	Koma, Stupor, Konfusion, Agitation, Delirium
<b>2</b>	Epileptischer Anfall
<b>3</b>	Fokales neurologisches Defizit: Hemiplegie, Paraplegie, Tetraplegie
<b>4</b>	Intrakranieller Masseneffekt (Hirndruck)
<b>5</b>	Andere

#### **Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

### **Aufnahmegrund: Renal**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten renalen Diagnosen/Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Renal/nicht erhoben
<b>1</b>	Prärenales ANV: Akutes Nierenversagen, welches hämodynamisch, also durch Hypovolämie oder Schock ausgelöst wird
<b>2</b>	Obstruktives ANV: Postrenales Nierenversagen, welches durch Obstruktion der intrarenalen oder der ableitenden Harnwege ausgelöst wird
<b>3</b>	Organisches ANV: Akutes Nierenversagen, welches von intraparenchymalen Läsionen, also im Bereich der renalen Gefäße, der Glomeruli oder des Interstitiums, ausgelöst wird
<b>4</b>	Andere

#### **Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

### **Aufnahmegrund: Respiratorisch**

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten respiratorischen Diagnosen/Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Respiratorisch/nicht erhoben
<b>1</b>	ALI und ARDS: Syndrom der akuten Inflammation und erhöhten Permeabilität, assoziiert mit klinischen, radiologischen und physiologischen Abnormalitäten: arterielle Hypoxämie, welche nicht auf eine Sauerstofftherapie reagiert (ALI: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ mm Hg; ARDS: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ mm Hg) und diffuse bilaterale radiologische Infiltrate ohne Zeichen eines Herzversagens oder einer pulmonalen Hypertension
<b>2</b>	Respiratorisches Versagen bei COPD: Obstruktive oder restriktive Form der COPD
<b>3</b>	Andere: Eingeschränkte pulmonale Funktion, weniger ausgeprägt als bei ALI oder ARDS, aufgrund pulmonaler Läsionen oder Pleuritis, welche einer Sauerstoffgabe oder einer mechanischen Beatmung bedürfen

**Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

**Aufnahmegrund: Schweres Trauma**

Hier ist anzugeben, ob ein vor der Aufnahme erlittenes Trauma der maßgebliche Grund für die Aufnahme auf die Intensivstation darstellt – unabhängig davon, ob der:die Patient:in deswegen einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurde.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Aufnahmegrund: Schweres Trauma/nicht erhoben
<b>1</b>	Aufnahmegrund: Schweres Trauma

**Hinweis:**

Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme der Patientin/des Patienten auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

**Aufnahmetyp**

Zulässige Ausprägungen:

<b>1</b>	Geplant: Patient:innen, deren Aufnahme zumindest 12 Stunden im Voraus geplant wurde
<b>2</b>	Ungeplant: Patient:innen, deren Aufnahme komplett ungeplant oder kürzer als 12 Stunden geplant wurde

**Blutbild: Leukozyten (Minimum)**

Den niedrigsten Wert eintragen, unabhängig von Steroiden, Inotropika oder einer Splenektomie.

Einheit	G/L
<b>Normalwert:</b>	4,0–15,0
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	1,0–40,0
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	0,0–999,0

**Hinweis:** Labormessung aus dem arteriellen oder venösen Blut.

### Blutbild: pH-Wert

Den niedrigsten gemessenen Wert eintragen.

<b>Normalwert:</b>	7,36–7,44
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	6,50–7,70
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	6,00–8,00

**Hinweis:** Labormessung aus dem arteriellen Blut.

### Blutbild: Thrombozyten (Minimum)

Den niedrigsten gemessenen Thrombozyten-Wert eintragen.

Einheit	G/L
<b>Normalwert:</b>	100–500
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	0–1000
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	0–5000

**Hinweis:** Labormessung aus dem arteriellen oder venösen Blut.

### Chirurgie – Eingriff

Hier ist für alle Patient:innen, die während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes einem chirurgischen Eingriff unterzogen werden, die anatomische Region des Eingriffes zu dokumentieren.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Chirurgie – Eingriff/nicht erhoben
<b>1</b>	Abdomen: Oberer GI Trakt: Bis zu und inklusive Jejunum
<b>2</b>	Abdomen: Unterer GI Trakt
<b>3</b>	Abdomen: Biliärtrakt: Gallenblase und/oder biliäre Chirurgie
<b>4</b>	Abdomen: Leber-Chirurgie: Leberteileresektion, protosystemische Shunts
<b>5</b>	Abdomen: Pankreas
<b>6</b>	Abdomen: endokrine Chirurgie
<b>7</b>	Extremitäten-Chirurgie
<b>8</b>	Gefäß: Aorten Chirurgie: Dissektion, Atherom, Aneurysmen
<b>9</b>	Gefäß: Karotischirurgie

<b>10</b>	Gefäß: Große Gefäße: Chirurgie im Bereich der intrathorakalen oder intraabdominalen Gefäße
<b>11</b>	Gefäß: Periphere Gefäßchirurgie: Chirurgie im Bereich arterieller oder venöser Gefäße, mit oder ohne Bypass. Exkludiert intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Gefäße
<b>12</b>	Gefäß: Andere
<b>13</b>	Geburtshilflicher Eingriff: Kaiserschnitt, ektopische Schwangerschaft, Peri- oder Postpartum-Blutung, intrauteriner Fruchttod
<b>14</b>	Gynäkologischer Eingriff: Chirurgie des Uterus, Ovarien, Zervix uteri, oder den Genitalien
<b>15</b>	Herz: Klappe: Alle Klappenoperationen ohne gleichzeitiger Koronarchirurgie
<b>16</b>	Herz: Klappe mit CABG: Alle Klappenoperationen mit gleichzeitiger Koronarchirurgie
<b>17</b>	Herz: CABG: Koronar-arterielles Bypass-Grafting ohne Klappenchirurgie
<b>18</b>	Herz: Andere: Herzchirurgie für andere Erkrankungen wie perikardialer Erguss, kongenitale Störungen, Ventrikuläres Aneurysma, Neoplasien, Vena-Cava-Clipping oder Einsatz eines Vena-Cava-Filters
<b>19</b>	HNO-Chirurgie
<b>20</b>	Kiefer-Gesichtschirurgie
<b>21</b>	Neurochirurgie: Zerebrovaskuläres Ereignis: Intrakranielles Hämatom oder anderes nicht-traumatisches Ereignis (z.B. Blutung oder Aneurysma)
<b>22</b>	Neurochirurgie: Intrakranieller Tumor
<b>23</b>	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
<b>24</b>	Neurochirurgie: Andere
<b>25</b>	Thorax-Chir.: Pneumektomie
<b>26</b>	Thorax-Chir.: Lobektomie
<b>27</b>	Thorax-Chir.: Pleurachirurgie: Jede Form der Pleurachirurgie entweder wegen eines Tumors oder anderen Geschehens (Pneumothorax etc.)
<b>28</b>	Thorax-Chir.: Andere
<b>29</b>	Trauma: SHT: Chirurgie wegen eines subduralen, epiduralen, intrazerebralen Hämatoms und/oder Schädelfraktur
<b>30</b>	Trauma: Thorax
<b>31</b>	Trauma: Abdomen
<b>32</b>	Trauma: Extremitäten
<b>33</b>	Trauma: Polytrauma
<b>34</b>	Transplantation: Leber
<b>35</b>	Transplantation: Herz
<b>36</b>	Transplantation: Niere
<b>37</b>	Transplantation: Pankreas
<b>38</b>	Transplantation: Lunge
<b>39</b>	Transplantation: Herz/Lunge

<b>40</b>	Transplantation: Niere/Pankreas
<b>41</b>	Transplantation: Andere
<b>42</b>	Andere Eingriffe, nicht klassifiziert

**Hinweis:**

Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

<b>Frage</b>	Sollen hier nur Eingriffe dokumentiert werden, die vor dem Intensivaufenthalt erfolgt sind, oder ist die Region auch für geplante elektive Eingriffe anzugeben?
<b>Antwort</b>	Hier sind nur Eingriffe zu dokumentieren, die vor dem aktuellen Intensivaufenthalt erfolgt sind. Für geplante, aber zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Intensivstation noch nicht durchgeführte Eingriffe ist „0 Keine Chirurgie – Eingriff/nicht erhoben“ auszuwählen.

**Chirurgischer Status**

Zulässige Ausprägungen:

<b>1</b>	Elektive Chirurgie: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme an die Intensivstation), welcher länger als 24 Stunden voraus geplant wurde
<b>2</b>	Notfalls-Eingriff: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme an die Intensivstation), welcher kürzer als 24 Stunden voraus geplant wurde
<b>3</b>	Kein chirurgischer Eingriff

**Hinweis:**

Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

<b>Frage</b>	Wie lange nach einem elektiven Eingriff ist der Aufnahmezustand „elektive Chirurgie“ zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Der chirurgische Status „elektive Chirurgie“ ist dann zu erfassen, wenn die Aufnahme auf der Intensivstation entweder <ul style="list-style-type: none"> <li>• innerhalb von 48 Stunden im Anschluss an eine Operation erfolgt, unabhängig vom Ort der Zutransferierung, oder</li> <li>• der:die Patient:in vor einer Operation an eine Intensivstation zwecks präoperativer Optimierung zutransferiert wird und die Operation innerhalb der folgenden 24 Stunden durchgeführt werden soll.</li> </ul>

<b>Hinweis</b>	Der „chirurgische Status“ ist nicht mit dem Grund für die Aufnahme auf die Intensiv- einheit zu verwechseln. In vielen Fällen bilden ja medizinische Gründe (etwa die respiratorische, kardiozirkuläre oder neurologische Ausgangssituation) den Grund für eine Aufnahme an eine Intensivereinheit. Aus diesem Grund soll/en in allen Fällen neben dem „chirurgischen Status“ auch der entsprechende medizinische Aufnahme- grund/die entsprechenden medizinischen Aufnahmegründe dokumentiert werden.
----------------	---

### Glasgow Coma Scale: motorische Reaktion

Motorische Antwort der unsedierten Patientin/des unsedierten Patienten spontan oder  
auf Reizapplikation.

Zulässige Ausprägungen:

<b>1</b>	Keine Antwort
<b>2</b>	Streckung/Dezerebrationssteifigkeit auf Schmerz
<b>3</b>	Abnormale Beugung
<b>4</b>	Ungezielte Schmerzabwehr durch Beugung
<b>5</b>	Gezielte Schmerzabwehr
<b>6</b>	Befolgt verbale Aufforderung

#### Hinweis:

Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motori-  
sche, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehr-  
facherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen.  
Der GCS ist nur am unsedierten und unrelaxierten Patienten zu erheben. Die  
Beurteilung, ob ein:e Patient:in sediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer  
Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte  
Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

### Glasgow Coma Scale: verbale Reaktion

Verbale Antwort der unsedierten Patientin/des unsedierten Patienten.

Zulässige Ausprägungen:

	<b>Unintubiert</b>	<b>Intubiert</b>
<b>1</b>	Keine Antwort	Generell unansprechbar
<b>2</b>	Unverständliche Laute (keine Wörter)	
<b>3</b>	Unangebrachte Phrasen	Ansprechbar, fraglich gesprächsfähig
<b>4</b>	Desorientiert, betreibt Konversation	
<b>5</b>	Orientiert, betreibt Konversation	Erscheint orientiert und gesprächsfähig

**Hinweis:**

Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motorische, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehrfacherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen. Der GCS ist nur am unsedierten und unrelaxierten Patienten zu erheben. Die Beurteilung, ob ein:e Patient:in unsediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

**Glasgow Coma Scale: visuelle Reaktion**

Augenöffnung der unsedierten Patientin/des unsedierten Patienten spontan oder auf Reizapplikation.

Zulässige Ausprägungen:

<b>1</b>	Keine Antwort
<b>2</b>	Auf Schmerzreize
<b>3</b>	Befolgt Aufforderung
<b>4</b>	Spontan

**Hinweis:**

Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motorische, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehrfacherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen. Der GCS ist nur am unsedierten und unrelaxierten Patienten zu erheben. Die Beurteilung, ob ein:e Patient:in unsediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

<b>Frage</b>	Ist die Kombination eines GCS-Werts $\leq 8$ mit dem chirurgischen Status „Elektive Chirurgie“ plausibel?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall nicht. Der GCS ist am unsedierten und unrelaxierten Patienten zu erheben. Wenn ein:e Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung einzugeben.
<b>Frage</b>	Wie ist die GCS bei neuroorthopädischen Patient:innen zu dokumentieren, die einem elektiven Eingriff unterzogen wurden?
<b>Antwort</b>	Die Symptomatik der neuroorthopädischen Grunderkrankung ist in der GCS nicht zu bewerten, so dass im Regelfall normale GCS-Werte vorliegen.

## Herzfrequenz (Maximum)

Hier ist die höchste gemessene Herzfrequenz einzutragen.

Einheit	Schläge/min
Normalwert:	50–120
Plausibilitätsbereich:	40–240
Gültiger Wertebereich:	0–600

### Hinweis:

Im Falle einer unterschiedlichen atrialen und ventrikulären Frequenz sollte die ventrikuläre Frequenz genommen werden.

## Koexistierende Erkrankungen

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
<b>1</b>	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	Koexistierende Erkrankung
<b>Position 1</b>	Hämatologische Erkrankung Lymphom, akute Leukämie oder Multiples Myelom
<b>Position 2</b>	HIV-positiv (kein AIDS) Positive HIV-Serologie, aber keine AIDS-Kriterien nach den CDC/WHO-Definitionen; CD4-Zellen sind, sofern gemessen, > 200
<b>Position 3</b>	AIDS Patient:innen, welche die CDC/WHO-Definitionen für AIDS erfüllen, wie HIV-positive Patient:innen mit klinischen Komplikationen wie Pneumocystis carinii Pneumonie, Kaposi-Sarkom, Lymphom, Tuberkulose oder Toxoplasmose, oder CD4-Zellen sind, sofern gemessen, < 200
<b>Position 4</b>	Metastasierendes Malignom Neoplasma mit Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
<b>Position 5</b>	Malignom, nicht metastasierend Neoplasma ohne Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
<b>Position 6</b>	Leberzirrhose Dokumentiert durch Biopsie oder klinische Symptome portaler Hypertension, Präsenz ösophagealer oder gastrischer Varizen (bestätigt durch Endoskopie oder Chirurgie) oder die Demonstration eines retrograden Flusses in der Vena lienalis, Episoden hepatischer Enzephalopathie oder eine Anamnese von Varizenblutungen

<b>Position 7</b>	Herzinsuffizienz NYHA II Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche mit normaler Betätigung einhergehen
<b>Position 8</b>	Herzinsuffizienz NYHA III Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche bereits bei mittelschwerer Betätigung auftreten
<b>Position 9</b>	Herzinsuffizienz NYHA IV Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche mit leichter Betätigung einhergehen. Diese Patient:innen können nur geringe Wegstrecken zu Fuß zurücklegen oder andere Tätigkeiten alleine durchführen.
<b>Position 10</b>	Chronische respiratorische Insuffizienz Permanente Atemnot bei leichter Aktivität aufgrund pulmonaler Erkrankungen (chronisch restriktiver oder obstruktiver Natur). Funktionell sind diese Patient:innen unfähig, alleine Stiegen zu steigen, zu arbeiten oder den Haushalt zu verrichten. Sollte auch dokumentiert werden, wenn eines der folgenden Symptome vorliegt: chronische Hypoxie, Hyperkapnie, sekundäre Polyzythämie oder pulmonale Hypertension mit systolischem Druck > 40 mmHg) oder Respirator-Abhängigkeit.
<b>Position 11</b>	Chronische renale Insuffizienz Chronische renale Therapie (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) bei irreversiblen renalen Erkrankungen oder Anamnese einer chronischen renalen Insuffizienz
<b>Position 12</b>	Alkoholismus Alkoholeinfuhr von mehr als 80 g pro Tag über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten vor der Aufnahme, welche klinische Symptome verursacht wie: Logorrhoe, Enzephalopathie, andere neurologische Erkrankungen, schlechter Ernährungszustand oder Leberzirrhose
<b>Position 13</b>	Drogensucht Drogenabhängigkeit aufgrund intravenöser Drogeneinnahme (Kokain, Opiate und Derivate) für mindestens 6 Monate vor der Aufnahme. Patient:innen im Methadonprogramm ohne andere Drogenkonsumation fallen nicht darunter.
<b>Position 14</b>	Immunsuppression, andere Der:die Patient:in weist eine Erkrankung auf, welche genügend fortgeschritten ist, um die Infektionsresistenz zu unterdrücken: Schwere Mangelernährung, angeborene Defektzustände des humoralen oder zellulären Systems. Exkludiert AIDS oder HIV-Infektion, metastasierende oder hämatologische Neoplasien, Chemotherapie, Radiotherapie und Steroidbehandlung.
<b>Position 15</b>	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Patient:innen, welche tägliche Insulingaben (Injektionen) benötigen
<b>Position 16</b>	Nicht-insulinpflichtiger Diabetes mellitus Patient:innen mit diagnostiziertem Diabetes mellitus, welcher durch diätetische Maßnahmen und/oder Medikamente kontrolliert werden kann. Diese Patient:innen benötigen nicht regelmäßig Insulin.

<b>Position 17</b>	Steroide Behandlung Tägliche Gabe von $\geq 0,3$ mg/kg KG Prednisolon oder äquivalente Dosierungen anderer Kortikoide mindestens 6 Monate vor der Aufnahme. Topische Steroide oder Steroide per inhalationem gehören nicht dazu.
<b>Position 18</b>	Bestrahlung Strahlentherapie während der letzten 6 Monate vor der Aufnahme. Exkludiert Strahlentherapie für nicht-invasive Tumoren, enterale oder parenterale Radioisotop-Therapie, radioaktive Implantate, Therapie zur Verhinderung heterotopischer Knochenformationen.
<b>Position 19</b>	Chemotherapie Chemotherapie in den 6 Monaten vor der Aufnahme, inkludiert immunsuppressierende Therapie für Malignome, Rheumatoide Arthritis oder entzündliche Darm-erkrankungen (außer reine Behandlung mit Steroiden).
<b>Position 20</b>	COPD Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen aufgrund chronischer Bronchitis und/oder Emphysem
<b>Position 21</b>	Arterielle Hypertension Anamnese eines systolischen Blutdrucks $\geq 160$ mmHg und/oder eines diastolischen Blutdrucks $\geq 95$ mm HG, behandelt oder unbehandelt

**Hinweis:**

Bei Zutreffen einer oben angeführten koexistierenden Erkrankung ist die entsprechende Position im Datenfeld auf "1" zu setzen, andernfalls ist "0" zu übermitteln. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

**Körpertemperatur (Maximum)**

Hier ist die höchste gemessene Körpertemperatur einzutragen.

Einheit	° Celsius
<b>Normalwert:</b>	36,0–38,5
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	20,0–42,0
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	0,0–45,0

**Hinweis:**

Wenn möglich, ist die gemessene periphere Temperatur mit den zentralen Temperaturen (nasopharyngeal, tympanisch, ösophageal, rektal, pulmonalarteriell) zu vergleichen. Bei peripherer Temperaturmessung sind 0,5° C zu addieren.

## Mechanische Beatmung

Hier ist einzutragen, ob zum Zeitpunkt der arteriellen Blutgasanalyse für die Bestimmung des PaO<sub>2</sub> eine mechanische Beatmung durchgeführt wurde.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben
<b>1</b>	Mechanische Beatmung

## Sauerstoff-Partialdruck arteriell (PaO<sub>2</sub>)

Hier ist der zur FiO<sub>2</sub>-Eingabe korrespondierende Wert einzutragen. Bei Mehrfachmessungen ist jener Wert einzutragen, welcher zusammen mit der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration den niedrigsten Oxygenierungsindex ergibt.

Einheit	mmHg
<b>Normalwert:</b>	80,0–200,0
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	40,0–300,0
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	0,0–900,0

**Hinweis:** Labormessung aus arteriellem Blut

## Sauerstoffkonzentration inspiratorisch (FiO<sub>2</sub>)

Hier ist jene inspiratorische Sauerstoffkonzentration einzutragen, welche zusammen mit dem eingetragenen arteriellen Sauerstoffpartialdruck (PaO<sub>2</sub>) erhoben wurde.

Einheit	%
<b>Normalwert:</b>	21–60
<b>Plausibilitätsbereich:</b>	21–100
<b>Gültiger Wertebereich:</b>	10–100

### Hinweis:

Inspiratorische Sauerstoffkonzentration im Einatmungsschenkel des Beatmungssystems

<b>Frage</b>	Ist es zulässig, bei Insufflation die inspiratorische Sauerstoffkonzentration zu schätzen?
<b>Antwort</b>	Es ist zulässig, bei Insufflation die inspiratorische Sauerstoffkonzentration zu schätzen. Es ist zu beachten, dass die geschätzte inspiratorische Sauerstoffkonzentration in Prozent angegeben wird und nicht z.B. die Menge an Litern Sauerstoff pro Minute.

### Serum: Bilirubin (Maximum)

Hier ist der höchste gemessene Bilirubin-Wert einzutragen. Die Eingabe dieses Wertes ist nur verpflichtend, wenn klinisch eine Gelbsucht vorliegt.

Einheit	mg/dL
Normalwert:	0,2–1,2
Plausibilitätsbereich:	0,1–50,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–200,0

### Serum: Kreatinin (Maximum)

Hier ist der höchste gemessene Kreatinin-Wert einzutragen, unabhängig vom Einsatz extrakorporaler Nierenersatzverfahren.

Einheit	mg/dL
Normalwert:	0,7–2,5
Plausibilitätsbereich:	0,2–15,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–50,0

### Systolischer Blutdruck (Minimum)

Hier ist der niedrigste gemessene systolische Blutdruck einzutragen.

Einheit	mmHg
Normalwert:	70–160
Plausibilitätsbereich:	0–200
Gültiger Wertebereich:	0–400

#### Hinweis:

Die Messung des systolischen Blutdrucks kann mittels invasiven oder nicht invasiven Verfahren vorgenommen werden. Im Fall eines dokumentierten Herzstillstandes ist 0 einzugeben.

### Therapeutische Maßnahmen (vor IBS)

Hier sind die folgenden therapeutischen Maßnahmen einzugeben, sofern diese direkt (innerhalb der letzten Stunden) vor der Aufnahme an die Intensivstation an der Patientin/ am Patienten durchgeführt wurden. Mehrere Antworten sind möglich.

Zulässige Ausprägungen:

0	Maßnahme nicht durchgeführt
1	Maßnahme durchgeführt

Position	Koexistierende Erkrankung
<b>Position 1</b>	CPR Herzstillstand mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Thoraxkompressionen, Herzmassage oder Defibrillation.
<b>Position 2</b>	Vasoaktive Medikamente Kontinuierlicher Einsatz von Vasopressoren, um den Blutdruck aufrecht zu erhalten (Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin in jeder Dosierung, Dopamin > 5 µg/kgKG/min), für mindestens eine Stunde
<b>Position 3</b>	Mechanische Beatmung Invasive oder nicht-invasive Beatmung. Nicht inkludiert ist die alleinige Sauerstoffgabe über eine Venturi-Maske oder Nasenbrille.

**Hinweis:**

Beschreibt den Einsatz wichtiger therapeutischer Maßnahmen vor Aufnahme auf die Intensivstation.

**Zutransferierung**

Lokalisation, von welcher der:die Patient:in aus zutransferiert wurde.

Zulässige Ausprägungen:

<b>1</b>	Bettenstation: Der:die Patient:in wurde von einer Normalstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
<b>2</b>	Notaufnahme: Der:die Patient:in wurde von der Notaufnahme entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
<b>3</b>	Andere Intensivstation: Der:die Patient:in wurde von einer anderen Intensivstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
<b>4</b>	IMCU: Der:die Patient:in wurde von einer Intermediate Care Unit entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
<b>5</b>	OP: Der:die Patient:in wurde von einem Operationsaal zutransferiert.
<b>6</b>	Aufwachraum: Der:die Patient:in wurde von einem Aufwachraum zutransferiert.
<b>7</b>	Andere: Der:die Patient:in wurde von anderen Lokalisationen aus auf die Intensivstation zutransferiert.

**Hinweis:**

Beschreibt die Lokalisation vor der ICU. Transferierung bezeichnet hier auch die hausinterne Verlegung.

## 4.4 Hinweise zur Codierung des TISS-A

### 4.4.1 Allgemeine Hinweise zur Erfassung des TISS-A

#### Dokumentationsregel:

Für jeden Intensivaufenthalt ist pro Kalendertag ein TISS-A-Datensatz zu melden.

<b>Frage</b>	Ist ein TISS-Datensatz zu melden, wenn ein:e Patient:in kurz vor Mitternacht an der Intensivstation aufgenommen wurde?
<b>Antwort</b>	Ja. Derzeit existiert keine Regelung, wonach bei der Meldung von TISS-Datensätzen die Uhrzeit Berücksichtigung findet. Daher ist auch bei einer Aufnahme kurz vor Mitternacht ein TISS-A-Datensatz zu melden.
<b>Frage</b>	Ist ein TISS-Datensatz zu melden, wenn eine Person im Schockraum behandelt wird und verstirbt?
<b>Antwort</b>	Im Regelfall erfolgt die Aufnahme auf eine Intensivbehandlungseinheit erst nach der Therapie im Schockraum. Wird der Schockraum als organisatorische Einheit mit der Intensivbehandlungseinheit betrieben und eine Intensivaufnahme dokumentiert, so ist auch für diesen Fall ein TISS-Datensatz zu melden.
<b>Frage</b>	Wie sind die TISS-Daten zu melden, wenn eine Person innerhalb eines Kalendertages von der Intensivstation auf eine andere Station verlegt und wieder auf die gleiche Intensivstation aufgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Sowohl für den Abgangs-, als auch für den Zugangstag ist ein TISS-A-Datensatz zu melden. <b>Anmerkung:</b> Für die Einstufung der Intensivstation wird der Datensatz mit dem höheren Score herangezogen.
<b>Frage</b>	Wie ist zu melden, wenn dieselbe Person am gleichen Tag auf zwei verschiedene Intensivstationen aufgenommen wurde?
<b>Antwort</b>	Es ist von jeder aufnehmenden Intensivbehandlungseinheit jeweils ein TISS-A-Datensatz zu melden.

#### Leistungsdokumentation und TISS-Dokumentation

<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn an einer Intensivstation Leistungen aus dem Leistungskatalog (z.B. eine Hämodialyse) erbracht werden, die auch im TISS codierbar sind?
<b>Antwort</b>	Allgemein kann gesagt werden, dass bei der Erbringung einer Leistung aus dem Leistungskatalog diese auch dann zu codieren ist, wenn sie auf der Intensivstation erbracht und im TISS dokumentierbar ist. Das entsprechende TISS-Item ist zusätzlich zu codieren. Die Diagnosen- und Leistungsdokumentation nach der ICD-10 und dem Leistungskatalog und die Intensivdokumentation sind als eigenständige Dokumentationssysteme aufzufassen. <b>Beispiel:</b> Eine akute Hämodialyse bei einem Patienten, der auf einer Intensivstation liegt, auf der es keine Hämodialyse gibt, ist unter FV046 oder FV047 und im TISS mit Diagnostik und Therapie außerhalb der Intensivstation zu codieren.

## TISS-Dokumentation und Organentnahme

<b>Frage</b>	Wie sind Leistungen zu codieren, die an hirntoten Personen bis zur Organentnahme erbracht werden?
<b>Antwort</b>	Diese Leistungen sind nicht zu dokumentieren. Mit dem Tod endet auch der stationäre Aufenthalt und die Dokumentation ist abzuschließen. Eine krankenanstalteninterne Erfassung der erbrachten Leistungen ist möglich, jedoch ist darauf zu achten, dass diese Leistungen nicht in den gemeldeten Diagnosen- und Leistungsberichten und Intensivdaten enthalten sind.

### 4.4.2 Definitionen der TISS-Items und Codierhinweise

#### TISS-Items mit Mehrfachauswahl

<b>Frage</b>	Welcher Wert ist einzugeben, wenn innerhalb eines Tages unterschiedliche Werte erhoben wurden?
<b>Antwort</b>	Bei unterschiedlichen Werten innerhalb eines Tages ist stets der höchste numerische Wert einzugeben.

Diese Frage betrifft folgende Items:

- Atmungsmodus
- Atemwegszugang
- Hämodynamisches Monitoring
- Agitation und Delirium

#### Standard-Monitoring

Dieser Punkt beschreibt Standard-Überwachungsaktivitäten, wie die Dokumentation von Vitalparametern und die Berechnung einer Flüssigkeitsbilanz.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Standard-Monitoring/nicht erhoben
<b>1</b>	Standard-Monitoring

#### **Hinweis:**

Standard-Monitoring ("1") ist auszuwählen, wenn kontinuierlich Vitalparameter erhoben wurden und zumindest eine Flüssigkeitsbilanz in jeder Schicht berechnet wurde.

<b>Frage</b>	Ist das Fehlen der Angabe eines Standardmonitorings plausibel?
<b>Antwort</b>	Nein. Auf einer Intensivstation sind eine kontinuierliche Erhebung der Vitalparameter und eine Berechnung einer Flüssigkeitsbilanz pro Schicht als Grundvoraussetzung zu erwarten.

## Labor

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Labor/nicht erhoben
<b>1</b>	Labor

### Hinweis:

Labor ("1") ist auszuwählen, wenn Blutabnahmen für die Erhebung von Laborbefunden jeder Art (inklusive biochemischer und mikrobiologischer Befunde) durchgeführt wurden.

Nicht inkludiert sind Blutabnahmen, welche ausschließlich für Analysen mittels bettseitiger Messgeräte verwendet werden.

## Medikamente

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Medikamente/nicht erhoben
<b>1</b>	Medikamente einfach
<b>2</b>	Medikamente mehrfach

### Hinweis:

Medikamente einfach ("1") ist auszuwählen, wenn ein einziges Medikament verabreicht wurde; Medikamente mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn mehr als ein Medikament verabreicht wurde; es zählen einmalige oder mehrmalige intravenöse, intramuskuläre, subkutane, transkutane und/oder orale (z.B. über Magensonde) Verabreichungen von Medikamenten. Eine reine Infusion z.B. von NaCl oder Ringer-Lösung ohne Zugabe von Medikamenten etc. zählt nicht.

Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben.

**Beispiel:** Ein:e Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: Medikamente mehrfach, Medikamente vasoaktiv einfach, aktive Diurese.

<b>Frage</b>	Ist „Medikamente einfach“ oder „Medikamente mehrfach“ auszuwählen, wenn ein einziges Medikament mehrmals am Tag verabreicht wird?
<b>Antwort</b>	Bei Verabreichung eines einzigen Medikamentes, egal wie oft (z.B. nur Heparin 3x 5000 IE/Tag s.c.), ist „Medikamente einfach“ auszuwählen.
<b>Frage</b>	Wie ist die alleinige kontinuierliche i.v. Gabe von Dopamin in „Nierendosis“ zu codieren?
<b>Antwort</b>	Es ist nur das Item „Medikamente einfach“ zu codieren. Das Item „Diurese aktiv“ ist nicht zu codieren, da es sich um keine forcierte Harnausscheidung mit Diuretika handelt. Das Item „Medikamente vasoaktiv einfach“ ist nicht zu codieren, da Dopamin in einer Dosierung < 3µg/kg KG/min nicht als vasoaktive Medikation im Sinne des TISS-A zu verstehen ist.

### Verbandswechsel

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Verbandswechsel/nicht erhoben
<b>1</b>	Routineverbandwechsel
<b>2</b>	Verbandswechsel häufig
<b>3</b>	Routineverbandwechsel und Verbandswechsel häufig

#### Hinweis:

Routineverbandwechsel ("1") ist auszuwählen, wenn folgende Aktivitäten durchgeführt wurden: Pflege und Prävention von Dekubitus und täglicher Verbandswechsel.

Verbandswechsel häufig ("2") ist auszuwählen, wenn häufiger Verbandswechsel (zumindest einmal pro Schicht) und/oder extensive Wundpflege durchgeführt wurden. Verbände an Drainagen oder Katheter sind nicht hierunter zu verstehen.

Routineverbandwechsel und Verbandswechsel häufig ("3") kann alternativ ausgewählt werden, wenn Verbandswechsel häufig ("2") erfolgte.

Bei einer Umschlüsselung auf den TISS-28 ist zu berücksichtigen, dass bei Verbandswechsel häufig ("2") sowohl Routineverbandwechsel als auch Verbandswechsel häufig ausgegeben werden.

### Drainagenpflege

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Drainagenpflege/nicht erhoben
<b>1</b>	Drainagenpflege

**Hinweis:**

Drainagenpflege ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in zumindest eine Drainage (jedweder Art) hat.

Als Drainagen gelten alle Ableitungen, die nicht über vorgeformte Körperöffnungen erfolgen. Beispielsweise zählen dazu Wunddrainagen, Bülaudrainagen, Ventrikeldrainage, perkutan gesetzte Magen- oder Duodenalsonden, Aszitespunktion mit therapeutischer Ableitung, suprapubischer Harnkatheter.

Als Drainage gelten nicht: Harnkatheter, nasoorale gesetzte Magen- oder Duodenalsonden, diagnostische Aszitespunktion ohne therapeutische Ableitung.

<b>Frage</b>	Ist das TISS-Item Drainagenpflege auch zu erfassen, wenn ein Colostoma/Ileostoma versorgt wird?
<b>Antwort</b>	Ein Colostoma oder Ileostoma stellt den Ersatz für eine vorgeformte Körperöffnung dar und gilt daher nicht als Drainage. Daher ist das TISS-Item Drainagenpflege hier nicht zu erfassen.
<b>Frage</b>	Ist hier auch die Drainagenpflege eines Laschendrains zu codieren?
<b>Antwort</b>	Hier ist auch die Drainagenpflege eines Laschendrains zu codieren.

**Atmungsmodus**

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Spontanatmung/nicht erhoben
<b>1</b>	BIPAP
<b>2</b>	CPAP
<b>3</b>	Assistiert
<b>4</b>	Kontrolliert
<b>5</b>	HF-Beatmung
<b>6</b>	Nasaler High-Flow

**Hinweis:**

Wählen Sie den Modus aus, welcher die höchste Invasivität bedeutet, unabhängig von der Dauer.

**Beispiel:**

War ein:e Patient:in bis 8 Uhr früh kontrolliert beatmet und atmet dann nach Extubation spontan mit O<sub>2</sub>-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als kontrolliert beatmet.

<b>Frage</b>	Welcher Atmungsmodus ist bei einer nasalen High-Flow-Therapie zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die nasale High-Flow-Therapie ist mit Atmungsmodus „6 – Nasaler High-Flow“ zu erfassen.
<b>Frage</b>	Die BIPAP-Einstellung können soweit verändert werden, dass kontrolliert beatmet wird. Wann soll die Ausprägung „BIPAP“ und wann die Ausprägung „kontrolliert“ erfasst werden?
<b>Antwort</b>	<p>Beim Fehlen jeglicher Spontanatmung ist der Modus „kontrolliert“ zu dokumentieren. Alle anderen Patient:innen, die mit zwei unterschiedlichen Druckniveaus beatmet werden, sind unter „BIPAP“ zu erfassen.</p> <p><b>Spontanatmung:</b> Beatmung ohne unterstützende Maßnahmen; die Inspiration kommt dabei durch primäre Expansion des Thorax zustande, intrapleuraler und intrathorakaler Druck werden bei Inspiration negativ.</p> <p><b>BIPAP:</b> Biphasisches Beatmungsverfahren mit zwei unterschiedlichen Druckniveaus (hoch, niedrig); der Wechsel von hohem zu niedrigem Druckniveau triggert die Expiration, umgekehrt die Inspiration.</p> <p><b>CPAP:</b> Spontanatmung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck, der durch einen Flow eines Sauerstoff-Luftgemisches zustandekommt; wird entweder über eine Beatmungsmaschine oder ein spezielles Gerät angeboten.</p> <p><b>Assistiert:</b> Das Beatmungsgerät liefert einen Atemzug, welcher allerdings durch die Patientin/den Patienten getriggert werden muss (Flow- oder Druck-Trigger).</p> <p><b>Kontrolliert:</b> jede Beatmung, bei der ein positiver Atemwegsdruck durch die Beatmungsmaschine unabhängig von der Eigenatmung der Patientin/des Patienten angelegt wird.</p> <p><b>HF-Beatmung:</b> Hochfrequenzbeatmung (HFOV – Hochfrequenzoszillationsbeatmung oder HFJV – Hochfrequenzjetbeatmung)</p>

## Atemwegszugang

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Atemwegszugang/nicht erhoben
<b>1</b>	O <sub>2</sub> -Maske oder-Brille
<b>2</b>	CPAP-Maske
<b>3</b>	CPAP-Helm
<b>4</b>	Tubus
<b>5</b>	Kanüle

### Hinweis:

Wählen Sie den Zugang aus, welcher die höchste Invasivität bedeutet, unabhängig von der Dauer.

### Beispiel:

War ein:e Patient:in bis 8 Uhr früh intubiert und erhält dann nach Extubation eine O<sub>2</sub>-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als intubiert.

<b>Frage</b>	Wie ist der Atemwegszugang bei einer nasalen High-Flow-Therapie zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Die nasale High-Flow-Therapie ist mit Atemwegszugang: O <sub>2</sub> -Maske oder Brille zu erfassen.

### **Tubus-/Stomapflege**

Pflege von künstlichen Atemwegen (Tubus, Tracheostoma).

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Tubuspflge/nicht erhoben
<b>1</b>	Tubuspflge

**Hinweis:**

Tubuspflge ("1") ist auszuwählen, wenn die Pflge eines endo-trachealen Tubus oder eine Tracheostomas durchgeführt wurden.

<b>Frage</b>	Wie ist eine Extubation im TISS-A zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine Extubation ist im TISS-A nicht zu codieren, auch nicht als Tubuspflge.

### **Atemtherapie**

Atemtherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Lungenfunktion.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Atemtherapie/nicht erhoben
<b>1</b>	Atemtherapie

**Hinweis:**

Atemtherapie ("1") ist auszuwählen, wenn eine der folgenden Aktivitäten durchgeführt wurden: Physiotherapie des Thorax, Spirometrie, Inhalationstherapie, Intratracheales Absaugen.

<b>Frage</b>	Ist unter Atemtherapie auch die Inhalation von Dosieraerosolen zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein, unter Atemtherapie sind längerdauernde inhalative Applikationen von Medikamenten über Tubus oder Maske zu codieren. Die Verabreichung von Dosieraerosolen ist nicht als Atemtherapie zu codieren.

## Medikamente vasoaktiv

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Medikamente vasoaktiv/nicht erhoben
<b>1</b>	Medikamente vasoaktiv einfach
<b>2</b>	Medikamente vasoaktiv mehrfach

### Hinweis:

Medikamente vasoaktiv einfach ("1") ist auszuwählen, wenn ein einziges vasoaktives Medikament kontinuierlich intravenös verabreicht wurde;

Medikation vasoaktiv mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn mehr als ein vasoaktives Medikament kontinuierlich intravenös verabreicht wurde.

Zu den vasoaktiven Medikamenten gehören die folgenden Substanzen (gruppiert nach der Zuordnung zu den Untergruppen des ATC-Systems):

- Noradrenalin, Adrenalin, Phenylephrin, Dopamin, Dobutamin, Dopexamin (ATC: C01CA Adrenerge und Dopaminerge Mittel)
- Enoximon, Milrinon (ATC: C01CE Phosphodiesterasehemmer)
- Levosimendan (ATC: C01CX Andere Kardiot stimulanzien)
- Nitroglycerin (ATC: C01DA Organische Nitrate)
- Clonidin (ATC: C02AC Imidazolin-Rezeptoragonisten)
- Urapidil (ATC: C02CA Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten)
- Nitroprussid-Natrium (ATC: C02DD Nitroferrocyanid-Derivate)
- Nifedipin, Nimodipin (ATC: C08CA Dihydropyridin-Derivate)
- Vasopressin (ATC: H01BA Vasopressin und Analoga).

Die Verabreichung von Substanzen, die in erster Linie zur Behandlung kardialer Arrhythmien eingesetzt werden, wie Diltiazem und Verapamil, ist nur unter dem TISS-Item „Medikamente“ zu codieren.

Medikamente, welche über die Magensonde, transkutan oder per os gegeben werden, zählen nicht dazu.

Dopamin in Nierendosierung ( $< 3\mu\text{g}/\text{kg KG}/\text{min}$ ) ist nicht als vasoaktive Medikation zu verstehen. Die kontinuierliche Gabe von Betablockern ist hier nicht zu codieren.

Die Verabreichung von Medikamenten wie Dexmedetomidin (ATC: N05C Hypnotika und Sedativa) ist nur unter dem TISS-Item „Medikamente“ zu codieren.

Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben.

**(Beispiel:** Ein:e Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: Medikamente mehrfach, Medikamente vasoaktiv einfach, Aktive Diurese.)

<b>Frage</b>	Unter „Medikamente vasoaktiv“ ist nur bei kontinuierlicher Gabe zu codieren. Was zählt hier als unteres Zeitlimit?
<b>Antwort</b>	Unter „Medikamente vasoaktiv“ ist nur dann zu codieren, wenn als unteres Zeitlimit der kontinuierlichen Gabe eine halbe Stunde überschritten wurde bzw. wenn ein entsprechender automatischer Perfusor verwendet wurde, mit dem Ziel einer längerdauernden (mehrere Stunden bis zur Besserung) Gabe der Medikation. Nicht als kontinuierliche Gabe zu werten ist die händische langsame i.v. Gabe des Medikaments, auch wenn z.B. 5–10 Minuten dazu benötigt werden.
<b>Frage</b>	Wie ist der Wechsel eines vasoaktiven Medikaments (eine Substanz wird beendet, dafür eine andere eingesetzt) zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Beim Wechsel eines vasoaktiven Medikaments ist „Medikamente vasoaktiv einfach“ zu codieren.
<b>Frage</b>	Wie ist zu codieren, wenn ein vasoaktives Medikament diskontinuierlich mehrmals am Tag verabreicht wird?
<b>Antwort</b>	Bei diskontinuierlicher Verabreichung eines vasoaktiven Medikaments ist nicht „Medikamente vasoaktiv“, sondern nur „Medikamente“ zu codieren.

### Flüssigkeitsersatz massiv

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Flüssigkeitsersatz massiv/nicht erhoben
<b>1</b>	Flüssigkeitsersatz massiv

#### Hinweis:

Flüssigkeitsersatz massiv ("1") ist auszuwählen, wenn massiver Flüssigkeitsersatz mit mehr als 3 l/m<sup>2</sup>/d, unabhängig von der Flüssigkeit, durchgeführt wurde.

### Katheter arteriell

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Katheter arteriell/nicht erhoben
<b>1</b>	Katheter arteriell

#### Hinweis:

Katheter arteriell ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in einen peripheren arteriellen Katheter erhalten hat (z.B. A. radialis, A. femoralis, A. dorsalis pedis etc.). Katheter zählen vom Tag der Anlage bis zur Entfernung täglich. Nach Koronarangiographie vorübergehend in der Art. femoralis liegengelassene „Schleusen“, die nicht zur Druckmessung verwendet werden, sind hier nicht zu codieren.

## Monitoring hämodynamisch

Systeme zur Messung des Herz-Zeit Volumens und/oder kardialer Drücke und daraus hergeleiteter Parameter.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Katheter arteriell/nicht erhoben
<b>1</b>	Pulmonalkatheter
<b>2</b>	Linksatrialer Katheter
<b>3</b>	Lithium-Dilution
<b>4</b>	Pulskontur-Analyse
<b>5</b>	Ösophagus Doppler

### Hinweis:

Katheter zählen vom Tag der Anlage bis zur Entfernung täglich. Das Legen eines pulmonal-arteriellen Katheters (nicht aber eines arteriellen oder zentralvenösen Katheters) zählt auch als "Intervention".

<b>Frage</b>	Welche Methode ist auszuwählen, wenn an einem Tag unterschiedliche Methoden des hämodynamischen Monitorings angewendet wurden?
<b>Antwort</b>	Es ist die invasivste Methode auszuwählen.
<b>Frage</b>	Wie ist ein hämodynamisches Monitoring über einen PiCCO-Katheter zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein hämodynamisches Monitoring über einen PiCCO-Katheter ist unter „Pulskontur-Analyse“ zu erfassen. Darüber hinaus ist der zentrale Venenkatheter unter „Katheter zentralvenös“ und der arterielle Katheter unter „Katheter arteriell“ zu erfassen.
<b>Frage</b>	Wie ist ein kontinuierliches hämodynamisches Monitoring inklusive Bestimmung des Herzzeitvolumens über einen arteriellen Katheter (z.B. mit dem VIGILEO-System) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Ein kontinuierliches hämodynamisches Monitoring inklusive Bestimmung des Herzzeitvolumens über einen arteriellen Katheter (z.B. mit dem VIGILEO-System) ist unter „Pulskontur-Analyse“ und dem Item „Katheter arteriell“ zu erfassen.

## Katheter zentralvenös

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein Katheter zentralvenös/nicht erhoben
<b>1</b>	Katheter zentralvenös

**Hinweis:**

Katheter zentralvenös ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in einen zentralvenösen Katheter erhalten hat (z.B. V. jugularis, V. subclavia, V. femoralis etc.), unabhängig von der anatomischen Lage der Punktionsstelle. Katheter zählen vom Tag des Legens des Zuganges bis zur Entfernung täglich.

<b>Frage</b>	Ist das Item „Katheter zentralvenös“ auch zu erfassen, wenn ein:e Patient:in einen Langzeit-Zentralvenenkatheter mit Port hat, aber keine Medikation über den Port zugeführt wurde?
<b>Antwort</b>	Nein, das Item „Katheter zentralvenös“ ist nur zu erfassen, wenn über den Port auch eine Medikation zugeführt wurde.
<b>Frage</b>	Ist unter Katheter zentralvenös zu codieren, wenn ein:e Patient:in eine venöse Schleuse (z.B. Vena femoralis) erhalten hat?
<b>Antwort</b>	Nein. Vorübergehend in der Vena femoralis liegengelassene „Schleusen“ sind hier nicht zu codieren.

**Reanimation kardiopulmonal**

Jede kardiopulmonale Reanimation nach Aufnahme auf der Intensivbehandlungseinheit innerhalb der letzten 24 Stunden.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Reanimation kardiopulmonal/nicht erhoben
<b>1</b>	Reanimation kardiopulmonal

**Hinweis:**

Reanimation kardiopulmonal ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in nach einem Herzstillstand reanimiert wurde. Dies inkludiert sämtliche Techniken der mechanischen und pharmakologischen Reanimation, ausgenommen einem einzelnen präkordialen Faustschlag. Eine kardiopulmonale Reanimation, die vor der Aufnahme in die Intensivstation durchgeführt wurde, kann hier nicht codiert werden. Wurde der:die Patient:in durch einen implantierten Defibrillator reanimiert, ist hier nicht zu codieren.

<b>Frage</b>	Ist dieses Item auch zu erfassen, wenn ein:e Patient:in unter laufender CPR aufgenommen wird?
<b>Antwort</b>	Ja, dieses Item ist zu erfassen, wenn ein:e Patient:in unter laufender CPR aufgenommen wird.

## Nierenersatztherapie

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Nierenersatztherapie/nicht erhoben
<b>1</b>	Nierenersatztherapie

### Hinweis:

Nierenersatztherapie ("1") ist auszuwählen, wenn eine extrakorporale Nierenersatztherapie durchgeführt wurde. Als Nierenersatztherapie zählen: Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration, Peritonealdialyse, Plasmapherese.

## Harnbilanzierung

Quantitative Messung des Harnvolumens (z.B. über gelegten Harnkatheter).

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Harnbilanzierung/nicht erhoben
<b>1</b>	Harnbilanzierung

### Hinweis:

Harnbilanzierung ("1") ist auszuwählen, wenn (zumindest alle 8 Stunden) die Harnmenge gemessen wurde.

## Diurese aktiv

Forcierte Harnausscheidung mit Diuretika

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Diurese aktiv/nicht erhoben
<b>1</b>	Diurese aktiv

### Hinweis:

Diurese aktiv ("1") ist auszuwählen, wenn die Diurese forciert wurde: z.B. mit Furosemid > 1 mg/kg KG/d, aber auch mit anderen Diuretika (Etacrinsäure 1 mg/kg KG/d, Mannitol 1,0 g/kg KG/d etc.), welche intravenös, entweder im Bolus oder kontinuierlich gegeben wurden.

Dopamin in „Nierendosierung“ (< 3µg/kg KG/min) ist nicht als aktive Diurese zu verstehen.

Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben.

**Beispiel:** der :die Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: „Medikamente mehrfach“, „Medikamente vasoaktiv einfach“, „Diurese aktiv“.

<b>Frage</b>	Wie ist die Gabe von Spironolacton (z.B. Aldactone) zu codieren?
<b>Antwort</b>	Eine alleinige Gabe von Spironolacton ist nicht unter Diurese aktiv zu codieren.

## Hirndruckmessung

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Hirndruckmessung/nicht erhoben
<b>1</b>	Hirndruckmessung

### Hinweis:

Hirndruckmessung ("1") ist auszuwählen, wenn der intrakranielle Druck durch intrakranielle, epi- oder subdurale, intracerebrale oder Ventrikeldruckmessung gemessen wird.

## Behandlung metabolischer Entgleisungen

Jede Behandlung einer komplizierten metabolischen Azidose oder Alkalose.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Behandlung metabolischer Entgleisungen/nicht erhoben
<b>1</b>	Behandlung metabolischer Entgleisungen

### Hinweis:

Behandlung metabolischer Entgleisungen ("1") ist auszuwählen, wenn die Behandlung einer komplizierten metabolischen Azidose oder Alkalose vorlag, z.B. Natrium-Bicarbonat-Pufferung. Isolierte Veränderungen der Beatmung, um eine metabolische Veränderung zu kompensieren, zählen nicht dazu. Jedenfalls müssen dazu pathologische Base-Excess-Werte und pH-Werte in der Krankengeschichte dokumentiert sein. Die ausschließliche Behandlung der Grundkrankheit alleine (z.B. bei Diabetes mellitus die Insulingabe und Flüssigkeits- und Elektrolytersatz, die Behandlung der Urämie oder reversibler Schockzustände) zählen nicht dazu.

## Ernährung enteral

Zufuhr von Nährstoffgemischen und Zusätzen über eine Ernährungssonde.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Ernährung enteral/nicht erhoben
<b>1</b>	Ernährung enteral

### Hinweis:

Ernährung enteral ("1") ist auszuwählen, wenn eine Nahrungszufuhr über eine transnasale/-orale oder PEG-Sonde (transgastrale/jejunale Sonde) durchgeführt wurde.

<b>Frage</b>	Ist die gleichzeitige Codierung von enteraler und parenteraler Ernährung möglich?
<b>Antwort</b>	Ja, die enterale Ernährung ist unabhängig von einer parenteralen Ernährung immer dann zu codieren, wenn eine Nahrungszufuhr über eine transnasale/-orale oder PEG-Sonde (transgastrale/jejunale Sonde) durchgeführt wurde. Die alleinige Gabe von Flüssigkeit ist hier nicht zu codieren.
<b>Frage</b>	Ist das TISS-Item „Ernährung enteral“ auch zu erfassen, wenn die Ernährung oral erfolgt oder nur bei Ernährung über eine Sonde?
<b>Antwort</b>	Das TISS-Item „Ernährung enteral“ nur dann zu erfassen ist, wenn die Ernährung über eine Sonde erfolgt.

## Ernährung parenteral

Zufuhr von Nährstoffgemischen und Zusätzen über einen intravenösen Zugang.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Ernährung parenteral/nicht erhoben
<b>1</b>	Ernährung parenteral

### Hinweis:

Ernährung parenteral ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in parenteral ernährt wird. Die parenterale Ernährung besteht in der Zufuhr von Wasser und Elektrolyten und Kohlenhydraten und Aminosäuren und Fetten sowie von Vitaminen und Spurenelementen über einen intravenösen Zugang. Die alleinige Zufuhr von Glucose/Aminosäuren zählt nicht dazu.

## Interventionen

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Intervention einfach/nicht erhoben
<b>1</b>	Intervention einfach
<b>2</b>	Intervention mehrfach

### Hinweis:

Intervention einfach ("1") ist auszuwählen, wenn innerhalb der letzten 24 Stunden eine der folgenden spezifischen Intervention zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken an der Intensivstation durchgeführt wurde: Naso- oder orotracheale Intubation, Tracheostomie, Legen eines Schrittmachers, Cardioversion, Endoskopien (Bronchoskopie, Gastroskopie, Kolonoskopie), Transösophageale Echokardiographie, Notoperation, Magenspülung, Legen einer Sengstaken-Sonde, Legen eines Pulmonalkatheters.

Interventionen mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn innerhalb der letzten 24 Stunden mehrere der oben angeführten Interventionen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken an der Intensivstation durchgeführt wurden. Nicht inkludiert sind alle Routine-Maßnahmen, wie Röntgen, Echokardiographie, EKG, Verbandswechsel, Einführen von venösen oder arteriellen Kathetern.

Interventionen sind nur für den Tag der Durchführung einzutragen, nicht für Folgetage. Dabei handelt es sich um Interventionen, welche an der Intensivstation durchgeführt werden. Interventionen, die außerhalb durchgeführt werden (z.B. die Implantation eines Schrittmachers im Schrittmacher-OP) zählen nicht dazu. Maßnahmen wie EEG, EMG und transkranielle Sonographie sind Bestandteil der neurologischen Diagnostik und keine Interventionen im Sinne dieses Items.

<b>Frage</b>	Ist als Intervention auch eine rein medikamentöse Kardioversion zu codieren? Ist eine Perikard-, Pleura- oder auch Lumbalpunktion hier zu codieren? Ist das Setzen einer Bülau Drainage oder eines Subclaviakatheters hier zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein. Diese Leistungen sind im TISS-A nicht zu codieren.
<b>Frage</b>	Ist als Intervention auch z.B. eine Kardioversion oder eine Bronchoskopie zu codieren, obwohl diese Leistungen auch im Leistungskatalog aufscheinen und im MBDS zu codieren sind?
<b>Antwort</b>	Es ist als Intervention auch eine Kardioversion, eine Bronchoskopie oder eine Tracheostomie zu codieren, obwohl diese Leistungen auch im Leistungskatalog aufscheinen und im MBDS zu codieren sind.

## Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS

Jede diagnostische/therapeutische Maßnahme, zu der ein Transport der Patientin/des Patienten an einen Ort außerhalb der Intensivstation (und wieder zurück) notwendig ist.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Diagnostik/Therapie außerhalb der IBS/nicht erhoben
<b>1</b>	Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS

### Hinweis:

Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS ("1") ist auszuwählen, wenn eine Diagnostik/Behandlung außerhalb der Intensivstation durchgeführt wurde. Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS ist erst nach Aufnahme auf die IBS zu berücksichtigen. Zuvor stattgefundenen Untersuchungen oder Operationen und Therapien sind nicht zu berücksichtigen. Nach Aufnahme auf die IBS erfolgte Untersuchungen oder Therapien außerhalb der IBS sind hier zu codieren, sofern der:die Patient:in dazu besonderer Intensivüberwachung oder Intensivbehandlung bedarf, die ein aufwendigeres Procedere als auf der Normalstation verlangt (Begleitung durch Arzt/Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal). Wenn dieser besondere Aufwand nicht gegeben ist, ist dieser Punkt nicht zu codieren, gegebenenfalls ist die Indikation zur Aufnahme auf die Intensivbehandlungsstation zu überprüfen.

<b>Frage</b>	Ist hier auch die Transferierung erwachsener Patient:innen in ein anderes Spital zu codieren?
<b>Antwort</b>	Nein. Hier ist nur zu codieren, wenn ein Transport an einen Ort außerhalb der Intensivstation und wieder zurück während des durchgehenden Aufenthaltes auf der Intensivstation erfolgt ist. Da bei Verlegungen oder Transferierungen der Aufenthalt beendet wird und daher der:die Patient:in nicht mehr zurückgebracht wird, ist hier nicht zu codieren.

## Agitation und Delirium

Kontinuierliche Behandlung und Betreuung von schwer agitierten oder deliranten Patient:innen.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine Agitation/Delirium/nicht erhoben
<b>1</b>	nicht weckbar
<b>2</b>	sehr sediert
<b>3</b>	sediert
<b>4</b>	ruhig und kooperativ
<b>5</b>	agitiert
<b>6</b>	sehr agitiert
<b>7</b>	Selbst- oder Fremdgefährdung

**Hinweis:**

- 1** Minimale oder keine Reaktion auf Schmerzreize, kann nicht kommunizieren oder Anweisungen befolgen.
- 2** Weckbar durch stärkere physische Stimuli (Beklopfen eines Körperteils, Schmerzreiz), kann aber nicht kommunizieren oder Anweisungen befolgen. Spontane Bewegungen sind möglich.
- 3** Kann durch Ansprechen oder leichtes Schütteln geweckt werden, kann einfache Anweisungen befolgen, aber dämmert wieder ein.
- 4** Ist ruhig, leicht weckbar und befolgt Anweisungen.
- 5** Ist ängstlich oder unruhig, kann durch Zusprechen beruhigt werden.
- 6** Benötigt Schutzfixierung und muss häufig durch Zusprechen beruhigt werden, beisst auf den Tubus.
- 7** Ist aggressiv, zieht am Tubus, versucht Katheter zu entfernen, versucht über Bettgitter zu steigen, wirft sich im Bett herum, schlägt um sich.

<b>Frage</b>	Welcher Wert ist einzugeben, wenn innerhalb eines Tages sowohl tiefe Sedierung als auch Agitation auftreten?
<b>Antwort</b>	Bei Veränderungen innerhalb eines Tages ist stets der höchste Wert einzugeben.
<b>Frage</b>	Wie ist das TISS-Item „Agitation und Delirium“ bei diesbezüglich unauffälligen Personen zu erfassen?
<b>Antwort</b>	Da bei diesbezüglich unauffälligen Patient:innen im Regelfall kein Sedierungs-/Agitationsscore erhoben wird, ist in den meisten Fällen die Eingabe von „nicht erhoben“ korrekt. Die Eingabe von „ruhig und kooperativ“ sollte nur dann erfolgen, wenn tatsächlich ein Sedierungs-/Agitationscore erhoben wurde. Bei Auswertungen sind die beiden Ausprägungen zusammenzufassen.

**Assist kardial**

Maschinelle Systeme zur Unterstützung oder Ersatz der kardialen Pumpfunktion.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein kardialer Assist/nicht erhoben
<b>1</b>	Kardialer Assist

**Hinweis:**

Kardialer Assist ("1") ist auszuwählen, wenn eines der folgenden Geräte zum Einsatz kommt: Intraaortale Ballonpumpe oder Kunstherz (RVAD, LVAD, andere).

**Assist pulmonal**

Pulmonale Unterstützung/Ersatz mittels ECMO und ECCO Geräten.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein pulmonaler Assist/nicht erhoben
<b>1</b>	Pulmonaler Assist

**Hinweis:**

Pulmonaler Assist ("1") ist auszuwählen, wenn eine extrakorporale Oxygenierung und/oder extrakorporale CO<sub>2</sub>-Elimination erfolgt.

<b>Frage</b>	Soll bei Verwendung einer ECMO, bei der eine Unterstützung der kardialen Funktion erfolgt (z.B. nach einer Herzoperation) das Item „Assist pulmonal“ oder auch das Item „Assist kardial“ erfasst werden?
<b>Antwort</b>	Bei Einsatz einer ECMO ist nur das Item „Assist pulmonal“ zu erfassen. Dies gilt auch bei einer arterio-venös geführten ECMO. Das Item „Assist kardial“ ist nur bei Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe oder eines Kunstherzens zu erfassen.

**Hypothermie therapeutisch**

Therapeutische Hypothermie mittels medizintechnischer Verfahren.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine therapeutische Hypothermie/nicht erhoben
<b>1</b>	Therapeutische Hypothermie

**Hinweis:**

Therapeutische Hypothermie ("1") ist auszuwählen, wenn eine therapeutische Hypothermie mittels apparativer Verfahren durchgeführt wird.

<b>Frage</b>	Ist dieses Item auch zu erfassen, wenn bei hoch fiebernden Patient:innen die Temperatur auf z.B. 38° abgekühlt wird?
<b>Antwort</b>	Die Kühlung fiebernder Patient:innen ist nicht unter dem Item „Hypothermie therapeutisch“ zu erfassen. Das Item ist nur dann zu codieren, wenn eine Absenkung der Körpertemperatur unter den Normalwert durchgeführt wird.

### **Lebersupport extrakorporal**

Elimination toxischer Substanzen und/oder Stoffwechselprodukte mittels Albumindialyse.

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Kein extrakorporaler Lebersupport/nicht erhoben
<b>1</b>	Extrakorporaler Lebersupport

#### **Hinweis:**

Extrakorporaler Lebersupport ("1") ist auszuwählen, wenn ein extrakorporales Leberunterstützungssystem verwendet wird, bei dem entweder Zellsysteme oder Membran- und Adsorptionssysteme in verschiedenen Kombinationen eingesetzt werden.

### **Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie**

Zulässige Ausprägungen:

<b>0</b>	Keine kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie/nicht erhoben
<b>1</b>	Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie

## 4.5 Algorithmen zur Scoreberechnung

### 4.5.1 SAPS3 Scoringtabelle

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
<b>Alter</b>	0	(Alter >= 0) UND (Alter <= 39)
	5	(Alter >= 40) UND (Alter <= 59)
	9	(Alter >= 60) UND (Alter <= 69)
	13	(Alter >= 70) UND (Alter <= 74)
	15	(Alter >= 75) UND (Alter <= 79)
	18	(Alter >= 80)
<b>Koexistierende Erkrankungen</b>	3	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 14 ... Immunsuppression, andere)
	3	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 17 ... Steroide Behandlung)
	3	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 18 ... Bestrahlung)
	3	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 19 ... Chemotherapie)
<b>Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 12 Punkte vergeben.</b>	6	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 1 ... Hämatologische Erkrankung)
	6	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 9 ... Herzinsuffizienz NYHA IV)
<b>Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 16 Punkte vergeben.</b>	8	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 3 ... AIDS)
	8	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 6 ... Leberzirrhose)
	11	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 4 ... Metastasierendes Malignom)
<b>Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU (bezogen auf KA-Aufahmedatum)</b>	0	(Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU >= 0) UND (Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU <= 13)
	6	(Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU >= 14) UND (Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU <= 27)
	7	(Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU >= 28)
<b>Zutransferierung</b>	5	(Zutransferierung = 2 ... Notaufnahme)
	7	(Zutransferierung = 3 ... Andere Intensivstation)
	7	(Zutransferierung = 4 ... IMCU)
	7	(Zutransferierung = 6 ... Aufwachraum)
	8	(Zutransferierung = 1 ... Bettenstation)
	8	(Zutransferierung = 7 ... Andere)
<b>Therapeutische Maßnahmen (vor IBS)</b>	3	(Therapeutische Maßnahmen (vor IBS), beinhaltet Position 2 ... Vasoaktive Medikamente)
<b>Aufnahmetyp</b>	3	(Aufnahmetyp = 2 ... Ungeplant)
<b>Aufnahmegründe</b>	16	Initialwert für jeden Patienten

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
<b>Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 4 Punkte abgezogen.</b>	-5	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 10 ... Rhythmusstörungen)
	-4	(Aufnahmegrund: Neurologisch = 2 ... Epileptischer Anfall)
<b>Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 6 Punkte vergeben.</b>	3	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 3 ... Schock: Hämorrhagischer)
	3	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 2 ... Schock: Hypovolämischer)
	3	(Aufnahmegrund: Gastrointestinal = 2 ... Akutes Abdomen)
	3	(Aufnahmegrund: Gastrointestinal = 4 ... Andere)
	4	(Aufnahmegrund: Neurologisch = 1 ... Koma, Stupor, Konfusion, Agitation, Delirium)
	5	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 4 ... Schock: Septischer)
	5	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 6 ... Schock: Anaphylaktischer)
	5	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 7 ... Schock: Gemischt und undefiniert)
	6	(Aufnahmegrund: Leber = 1 ... Leberversagen)
	7	(Aufnahmegrund: Neurologisch = 3 ... Fokales neurologisches Defizit)
	9	(Aufnahmegrund: Gastrointestinal = 3 ... Schwere Pankreatitis)
	10	(Aufnahmegrund: Neurologisch = 4 ... Intra-kranieller Masseneffekt (Hirndruck))
	0	Alle anderen
<b>Chirurgischer Status</b>	0	(Chirurgischer Status = 0 ... Nicht erhoben)
	0	(Chirurgischer Status = 1 ... Elektive Chirurgie)
	5	(Chirurgischer Status = 3 ... Kein chirurgischer Eingriff)
	6	(Chirurgischer Status = 2 ... Notfalls-Eingriff)
<b>Chirurgie – Eingriff</b>	-11	(Chirurgie – Eingriff = 34 ... Transplantation: Leber)
	-11	(Chirurgie – Eingriff = 36 ... Transplantation: Niere)
	-11	(Chirurgie – Eingriff = 37 ... Transplantation: Pankreas)
	-11	(Chirurgie – Eingriff = 40 ... Transplantation: Niere/Pankreas)
	-11	(Chirurgie – Eingriff = 41 ... Transplantation: Andere)
	-8	(Chirurgie – Eingriff = 30 ... Trauma: Thorax)
	-8	(Chirurgie – Eingriff = 31 ... Trauma: Abdomen)
	-8	(Chirurgie – Eingriff = 32 ... Trauma: Extremitäten)
	-8	(Chirurgie – Eingriff = 33 ... Trauma: Polytrauma)
	-6	(Chirurgie – Eingriff = 17 ... Herz: CABG)

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
	5	(Chirurgie – Eingriff = 21 ... Neurochirurgie: Zerebrovaskuläres Ereignis)
	0	Alle anderen
<b>Akute Infektion bei Aufnahme</b>	4	(Akute Infektion bei Aufnahme, beinhaltet Position 1 ... Nosokomiale Infektion)
	5	(Akute Infektion bei Aufnahme, beinhaltet Position 2 ... Respiratorische Infektion)
<b>Glasgow Coma Scale: Gesamt-Score</b>	15	(Glasgow Coma Scale: GesamtScore >= 3) UND (Glasgow Coma Scale: GesamtScore <= 4)
	10	(Glasgow Coma Scale: GesamtScore = 5)
	7	(Glasgow Coma Scale: GesamtScore = 6)
	2	(Glasgow Coma Scale: GesamtScore >= 7) UND (Glasgow Coma Scale: GesamtScore <= 12)
	0	(Glasgow Coma Scale: GesamtScore >= 13)
<b>Serum: Bilirubin (Maximum)</b>	0	(Serum: Bilirubin (Maximum) < 2)
	4	(Serum: Bilirubin (Maximum) >= 2) UND (Serum: Bilirubin (Maximum) < 6)
	5	(Serum: Bilirubin (Maximum) >= 6)
<b>Körpertemperatur (Maximum)</b>	7	(Körpertemperatur (Maximum) < 35)
	0	(Körpertemperatur (Maximum) >= 35)
<b>Serum: Kreatinin (Maximum)</b>	0	(Serum: Kreatinin (Maximum) < 1.2)
	2	(Serum: Kreatinin (Maximum) >= 1.2) UND (Serum: Kreatinin (Maximum) < 2)
	7	(Serum: Kreatinin (Maximum) >= 2) UND (Serum: Kreatinin (Maximum) < 3.5)
	8	(Serum: Kreatinin (Maximum) >= 3.5)
<b>Herzfrequenz (Maximum)</b>	0	(Herzfrequenz (Maximum) < 120)
	5	(Herzfrequenz (Maximum) >= 120) UND (Herzfrequenz (Maximum) < 160)
	7	(Herzfrequenz (Maximum) >= 160)
<b>Blutbild: Leukozyten (Minimum)</b>	0	(Blutbild: Leukozyten (Minimum) < 15)
	2	(Blutbild: Leukozyten (Minimum) >= 15)
<b>Blutbild: pH-Wert</b>	3	(Blutbild: pH-Wert <= 7.25)
	0	(Blutbild: pH-Wert > 7.25)
<b>Blutbild: Thrombozyten (Minimum)</b>	13	(Blutbild: Thrombozyten (Minimum) < 20)
	8	(Blutbild: Thrombozyten (Minimum) >= 20) UND (Blutbild: Thrombozyten (Minimum) < 50)
	5	(Blutbild: Thrombozyten (Minimum) >= 50) UND (Blutbild: Thrombozyten (Minimum) < 100)
	0	(Blutbild: Thrombozyten (Minimum) >= 100)
<b>Systolischer Blutdruck (Minimum)</b>	11	(Systolischer Blutdruck (Minimum) < 40)
	8	(Systolischer Blutdruck (Minimum) >= 40) UND (Systolischer Blutdruck (Minimum) < 70)
	3	(Systolischer Blutdruck (Minimum) >= 70) UND (Systolischer Blutdruck (Minimum) < 120)
	0	(Systolischer Blutdruck (Minimum) >= 120)

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
Oxygenierung	11	(PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 100) UND (Mechanische Beatmung = 1 ... Mechanische Beatmung)
	7	(PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> >= 100) UND (Mechanische Beatmung = 1 ... Mechanische Beatmung)
	5	(PaO <sub>2</sub> < 60) UND (Mechanische Beatmung = 0 ... Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben)
	0	(PaO <sub>2</sub> >= 60) UND (Mechanische Beatmung = 0 ... Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben)

## 4.5.2 TISS-A Mapping

TISS-A Feld	Mappingregel	TISS-28 Feld
Satzartenkennzeichen	aus I12 wird I02	Satzartenkennzeichen
Krankenanstaltennummer	ident	Krankenanstaltennummer
Aufnahmezahl	ident	Aufnahmezahl
Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer	ident	Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer
Erhebungsdatum	ident	Erhebungsdatum
Standard-Monitoring	ident	Standard-Monitoring
Labor	ident	Labor
Medikamente	aus 0/2 wird 0, aus 1 wird 1	Medikation einmalig
	aus 0/1 wird 0, aus 2 wird 1	Medikation mehrfach
Verbandswechsel	aus 0 wird 0, aus 1/2/3 wird 1	Routineverbandwechsel
	aus 0/1 wird 0, aus 2/3 wird 1	Verbandswechsel häufig
Drainagenpflege	ident	Drainagenpflege
Atmungsmodus *)	aus 0 wird 0, aus 1/2/3/4/5/6 wird 1	Beatmung mechanisch
Atemwegszugang *)	aus 0 wird 0, aus 1/2/3/4/5 wird 1	Atemunterstützung
Tubus-/Stomapflege	ident	Tubuspflege
Atemtherapie	ident	Atemtherapie
Medikamente vasoaktiv	aus 0/2 wird 0, aus 1 wird 1	Medikation vasoaktiv, einmalig
	aus 0/1 wird 0, aus 2 wird 1	Medikation vasoaktiv, mehrfach
Flüssigkeitsersatz massiv	ident	Flüssigkeitsersatz massiv
Katheter arteriell	ident	Katheter arteriell
Monitoring hämodynamisch	aus 0/3/4/5 wird 0, aus 1/2 wird 1	Pulmonalkatheter
Katheter zentralvenös	ident	Katheter zentralvenös
Reanimation kardiopulmonal	ident	Reanimation kardiopulmonal
Nierenersatztherapie	ident	Nierenersatztherapie
Harnbilanzierung	ident	Harnbilanzierung
Diurese aktiv	ident	Diurese aktiv
Hirndruckmessung	ident	Hirndruckmessung
Behandlung metabolischer Entgleisungen	ident	Behandlung metabolischer Entgleisungen
Ernährung enteral	ident	Ernährung enteral
Ernährung parenteral	ident	Ernährung parenteral

TISS-A Feld	Mappingregel	TISS-28 Feld
Interventionen	aus 0/2 wird 0, aus 1 wird 1	Intervention einfach
	aus 0/1 wird 0, aus 2 wird 1	Interventionen mehrfach
Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS	ident	Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS
Agitation und Delirium	nicht gemapped	
Assist kardial	nicht gemapped	
Assist pulmonal	nicht gemapped	
Hypothermie therapeutisch	nicht gemapped	
Lebersupport extrakorporal	nicht gemapped	
Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie	nicht gemapped	

\*) Zulässige Kombinationen beachten:

		Atemwegszugang						
		0	1	2	3	4	5	
		Kein Atemwegszugang/nicht erhoben						
			O <sub>2</sub> -Maske oder -Brille					
				CPAP-Maske				
					CPAP-Helm			
						Tubus		
							Kanüle	
Atmungsmodus	0	Spontanatmung/nicht erhoben	ok	ok	E	E	ok	ok
	1	BIPAP	E	E	ok	ok	ok	ok
	2	CPAP	E	E	ok	ok	ok	ok
	3	Assistiert	E	E	ok	ok	ok	ok
	4	Kontrolliert	E	E	ok	ok	ok	ok
	5	HF-Beatmung	E	E	E	E	ok	ok
	6	Nasaler High Flow	E	ok	E	E	E	E

E ... Ungültige Kombination (Error EI3D – Kombination von Atmungsmodus und Atemwegszugang ungültig)

ok ... Erlaubte Kombination

### 4.5.3 Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
TISS28_T28_MECH_VENTILATION	5	(T28_MECH_VENT = 1)
	0	(T28_MECH_VENT = 0)
TISS28_T28_SUPP_VENTILATION	2	(T28_SUPP_VENT = 1)
	0	(T28_SUPP_VENT = 0)
TISS28_VENTILATION	MAX (TISS28_T28_MECH_VENT, TISS28_T28_SUPP_VENT)	
TISS28_T28_S_VASODR	3	(T28_S_VASODR = 1)
	0	(T28_S_VASODR = 0)
TISS28_T28_M_VASODR	4	(T28_M_VASODR = 1)
	0	(T28_M_VASODR = 0)
TISS28_T28_VASODR	MAX(TISS28_T28_S_VASODR, TISS28_T28_M_VASODR)	
TISS28_T28_S_MED	2	(T28_S_MED = 1)
	0	(T28_S_MED = 0)
TISS28_T28_M_MED	3	(T28_M_MED = 1)
	0	(T28_M_MED = 0)
TISS28_T28_MED	MAX(TISS28_T28_M_MED, TISS28_T28_S_MED)	
TISS28_T28_S_INT	3	(T28_S_INT = 1)
	0	(T28_S_INT = 0)
TISS28_T28_M_INT	5	(T28_M_INT = 1)
	0	(T28_M_INT = 0)
TISS28_T28_INT	MAX(TISS28_T28_M_INT, TISS28_T28_S_INT)	
TISS28_T28_NUT_ENT	2	(T28_NUT_ENT = 1)
	0	(T28_NUT_ENT = 0)
TISS28_T28_NUT_PARENT	3	(T28_NUT_PARENT = 1)
	0	(T28_NUT_PARENT = 0)
TISS28_T28_RENAL	3	(T28_RENAL = 1)
	0	(T28_RENAL = 0)
TISS28_T28_MET_SUPP	4	(T28_MET_SUPP = 1)
	0	(T28_MET_SUPP = 0)
TISS28_T28_ACT_DIU	3	(T28_ACT_DIU = 1)
	0	(T28_ACT_DIU = 0)
TISS28_T28_L_FLUID	4	(T28_L_FLUID = 1)
	0	(T28_L_FLUID = 0)
TISS28_T28_STAND_MON	5	(T28_STAND_MON = 1)
	0	(T28_STAND_MON = 0)
TISS28_T28_ART	5	(T28_ART = 1)
	0	(T28_ART = 0)
TISS28_T28_LUNG	1	(T28_LUNG = 1)
	0	(T28_LUNG = 0)
TISS28_T28_DIAG_EX_ICU	5	(T28_DIAG_EX_ICU = 1)
	0	(T28_DIAG_EX_ICU = 0)
TISS28_T28_DRAIN	3	(T28_DRAIN = 1)
	0	(T28_DRAIN = 0)
TISS28_T28_URINARY	2	(T28_URINARY = 1)
	0	(T28_URINARY = 0)

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
TISS28_T28_F_DRESS	1	(T28_F_DRESS = 1)
	0	(T28_F_DRESS = 0)
TISS28_T28_ICP	4	(T28_ICP = 1)
	0	(T28_ICP = 0)
TISS28_T28_PCL	8	(T28_PCL = 1)
	0	(T28_PCL = 0)
TISS28_T28_R_DRESS	1	(T28_R_DRESS = 1)
	0	(T28_R_DRESS = 0)
TISS28_T28_TUBUS	1	(T28_TUBUS = 1)
	0	(T28_TUBUS = 0)
TISS28_T28_CVL	2	(T28_CVL = 1)
	0	(T28_CVL = 0)
TISS28_T28_CPR	3	(T28_CPR = 1)
	0	(T28_CPR = 0)
TISS28_T28_LAB	1	(T28_LAB = 1)

Berechnung des Gesamt-Scores
TISS28 = TISS28_VENTILATION
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_VASODR
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_MED
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_INT
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_NUT_ENT
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_NUT_PARENT
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_RENAL
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_MET_SUPP
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_ACT_DIU
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_L_FLUID
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_STAND_MON
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_ART
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_LUNG
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_DIAG_EX_ICU
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_DRAIN
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_URINARY
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_F_DRESS
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_ICP
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_PCL
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_R_DRESS
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_TUBUS
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_CVL
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_CPR
TISS28 = TISS28 + TISS28_T28_LAB

# 5 Organisation und Datenqualität

## 5.1 Organisation der Datenerfassung

Um eine optimale Datenqualität zu erreichen, ist es hilfreich, sich bei der Organisation der Datenerfassung und der Codierung an vorgegebene organisatorische Richtlinien zu halten. Dabei gehören Dokumentationsablauf und die Verantwortlichkeit der mit der Dokumentation befassten Personen festgelegt.

Es sind insbesondere auch Prüfroutinen vorzusehen, um die Vollständigkeit, Richtigkeit und die erforderliche Präzision der Angaben sicherzustellen.

### **Empfehlung:**

Die Schaffung einer **krankenhausinternen Informations- oder Servicestelle (Dokumentationsteam)**, die aus Dokumentationsverantwortlichen auf Anstalts- und Abteilungsebene und Verwaltungspersonal besteht, ist unentbehrlich. Sie dient zur Vermittlung von Informationen, gibt Anregungen und hilft bei der Lösung laufender Probleme.

### **Krankengeschichte**

Die zentrale Datenquelle stellt in jedem Fall die Krankengeschichte und der daraus abgeleitete Arztbrief dar. Die Krankengeschichte ist vorrangiges Kommunikationsmedium, um die Patientenversorgung planen und administrieren zu können.

Die Krankengeschichte ist im Hinblick auf die besonderen Dokumentationsbedürfnisse zu strukturieren. Damit soll in der Folge die Festlegung der Haupt- und der relevanten Zusatzdiagnosen erleichtert werden.

### **Arztbrief**

Das Erstellen des Arztbriefes erfolgt nach der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung. Er wird auf Grundlage der vollständigen Krankengeschichte erstellt und hat eine zusammenfassende Funktion.

Der Arztbrief stellt somit eine ideale Basis für die vollständige Diagnosen- und Leistungserfassung dar.

## **Codierungs- und Kontrollzeitpunkt**

Die den Arztbrief unterschreibende Person, in der Regel **der stationsführende Oberarzt oder Assistent bzw. die stationsführende Oberärztin oder Assistentin, sollte in dieser Phase eine dokumentierende wie kontrollierende Aufgabe wahrnehmen** und zu diesem Zeitpunkt eine gute Dokumentationsqualität sicherstellen.

Es empfiehlt sich nicht, noch in Ausbildung befindliche Ärzte bzw. Ärztinnen uneingeschult mit Dokumentations- und Kontrollaufgaben zu betrauen.

## **Hilfsmittel für die Diagnosencodierung**

- **EDV (Spezialkataloge, Klartextcodierung)**

Eine weitgehende EDV-technische Unterstützung ist bei den Dokumentationsarbeiten wünschenswert, um die Arbeit des codierenden Personals weitgehend zu erleichtern und den Zeitaufwand für die Codierung möglichst gering zu halten.

- **EDV-gestützte Krankengeschichten und Arztbriefe**

- **Fachspezifische Diagnosenlisten**

Bei der Benutzung fachspezifischer Diagnosenlisten besteht insbesondere die Gefahr, dass sich die Dokumentation auf die dort enthaltenen Diagnosen beschränkt und Zusatzdiagnosen aus anderen Fachgebieten nicht ausreichend dokumentiert werden.

- **Alphabetisches Verzeichnis und Diagnosenthesaurus**

Da im alphabetischen Verzeichnis keine Codieranleitungen (Ein- und Ausschlussbemerkungen, Noten) enthalten sind, ist es immer in Verbindung mit dem Diagnoseschlüssel zu verwenden.

- **Fünf- oder mehrstellige ICD-Schlüssel**

Für den individuellen Gebrauch steht es der Ärzteschaft im Krankenhaus frei, die 5. bzw. die weiteren nachfolgenden Ziffern für tiefergehende Unterteilungen heranzuziehen. Bei allen privat vorgenommenen Unterteilungen ist darauf zu achten, dass neue Unterbegriffe sich logisch unter die gewählten Oberbegriffe einordnen lassen.

## 5.2 Leitlinien zur Diagnosen- und Leistungserfassung

Trotz der Vielfalt der Organisationsformen der einzelnen Krankenanstalten sind bei der Erfassung medizinischer Daten folgende Leitlinien stets zu beachten:

- Es ist eine einheitliche Datenquelle, aus der Haupt- und Zusatzdiagnosen entnommen werden, festzulegen (Arztbrief, Krankengeschichte).
- Die ICD-Diagnosen und medizinischen Einzelleistungen sind in schon bestehende Dokumentationen einzubinden bzw. einzufügen, d. h. auch, Mehrfacherfassungen und zusätzliche Belege vermeiden.
- Ohne Kontrolle besteht keine Gewähr für eine vollständige, korrekte und aktuelle Diagnosen- und Leistungserfassung!
- Für die ordnungsgemäße Diagnosencodierung und Leistungserfassung ist das behandelnde ärztliche Personal zuständig.

Generell ist festzustellen, dass derzeit die Diagnosen- und Leistungserfassung sowie die Codierung zusätzlich zu den bereits vorhandenen Dokumentationsaufgaben durchgeführt werden.

Die sinnvolle organisatorische Lösung der Zukunft muss jedoch so aussehen, dass die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in die vorhandenen Informationsabläufe eingebunden wird.

## 5.3 Prüfung der Datenqualität

Im Folgenden sind einfache Prüfungsmöglichkeiten dargestellt. Sie sollten Aufgabe des Dokumentationsteams eines Krankenhauses sein.

### 5.3.1 Vollständigkeitsprüfungen

Es sollte grundsätzlich eine generelle Vollständigkeitsprüfung in Bezug auf alle aus stationärer Behandlung entlassenen, verstorbenen oder in eine andere Krankenanstalt überstellten Patient:innen des Krankenhauses vorgenommen werden, um eine lückenlose Erfassung sämtlicher stationärer Behandlungsfälle zu gewährleisten.

Dies könnte aufgrund periodisch zu erstellender fachabteilungsbezogener Erinnerungslisten erfolgen.

### 5.3.2 Richtigkeitsprüfungen

Neben der Vollständigkeit sollte auch die Richtigkeit der Verschlüsselung zumindest stichprobenartig anhand des angegebenen Diagnosentextes auf dem Erfassungsbeleg von einem erfahrenen Arzt bzw. einer erfahrenen Ärztin aus dem Dokumentationsteam überprüft werden.

Damit können Irrtümer bei der Verschlüsselung der Diagnosen bzw. der Leistungen verhindert werden und eine Verbesserung der Aussagekraft des Diagnosedokumentationssystems erreicht werden.

### 5.3.3 Plausibilitätsprüfungen

Plausibilitätsprüfungen gehen von einer logischen Verknüpfung mehrerer Informationen über eine:n Patient:in aus.

Letztlich ist der **Träger der Krankenanstalt** verpflichtet, all jene Plausibilitätsprüfungen durchzuführen, die in der Krankenanstalt nicht erfolgt sind.

Der Träger hat für ein einheitliches Datenformat Sorge zu tragen, d.h. die von den Krankenanstalten zur Verfügung gestellten Datenmeldungen sind auf einem einheitlichen Datenträger zusammenzufassen und auf eine einheitliche Datenstruktur zu prüfen bzw. umzuformen.

Die Datenmeldungen, die an die Landesgesundheitsfonds zu übermitteln sind, werden vom Landesgesundheitsfonds auf Plausibilität geprüft und bei Bedarf zur Korrektur an den Träger zurückgeschickt. Die endgültige Plausibilitätsprüfung erfolgt im **jeweils für Gesundheit zuständigen Bundesministerium**, wobei fehlerhaft erkannte Datenmeldungen mit einem Fehlerprotokoll an den Träger der Krankenanstalt oder an den jeweils zuständigen Landesgesundheitsfonds retourniert werden.

Die fehlerhaften Daten sind in der Folge zu korrigieren und nach dem vereinbarten Verfahren wieder an das Bundesministerium zu senden.

Datenmeldungen mit fehlerhaften Daten werden bis zur Fehlerkorrektur nicht übernommen und bleiben in der weiteren Verarbeitung unberücksichtigt.

Nach Abschluss der Datenübernahme werden die Diagnosen- und Leistungsdaten bei der Erstellung überregionaler Statistiken durch **die Statistik Österreich (vormals Österreichisches Statistisches Zentralamt – ÖSTAT)** einer differenzierten „Makro-Plausibilitätsprüfung“ unterzogen. Dabei werden die Daten einer Häufigkeits- und Zeitreihenanalyse unterzogen.

Folgende medizinische Plausibilitätsprüfungen sind in der Krankenanstalt oder durch den Träger der Krankenanstalt durchzuführen, die durch das Scoringprogramm des Gesundheitsministeriums bereitgestellt werden:

- **Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Alter**

In der ICD-10 finden sich eine Reihe von Diagnosen, die nur bei Personen eines bestimmten Alters zu codieren sind. Die Prüfroutinen der Plausibilitätsprüfung bauen auf diesem Zusammenhang auf und werten Datensätze, bei denen die Beziehung zwischen Alter und Diagnose nicht den Kriterien entspricht, als unplausibel (Fehlerhinweis).

**Beispiel:** „Normale Geburt“: hier gilt als obere Altersgrenze 60 Jahre.

- **Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Geschlecht**

Die Geschlechtsspezifität von Diagnosen im Diagnoseschlüssel ICD-10 ist ein weiterer Bestandteil des medizinischen Plausibilitätsprüfsystems (Fehlerhinweis). Es wird hier wieder den Codierregeln und der medizinischen Logik folgend überprüft, ob die im Basisdatensatz angegebenen Diagnosen das vorgegebene Kriterium der Geschlechtsspezifität erfüllen.

**Beispiele:**

ICD-10 N70–N77, N99.4 „Entzündliche Krankheiten der weiblichen Genitalorgane/ Beckenorgane“

ICD-10 O22, O85–O92 „Komplikationen im Wochenbett“

- **Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Diagnose(n)**

Das Kreuz-Stern-System von Diagnosen im Diagnoseschlüssel ICD-10 ist ein weiterer Bestandteil des medizinischen Plausibilitätsprüfsystems (Warnhinweis). Es wird hier wieder den Codierregeln folgend überprüft, ob die im Basisdatensatz angegebenen Diagnosen das vorgegebene Kriterium erfüllen, dass als Hauptdiagnose eine Stern-Diagnose nur dann zulässig ist, wenn mindestens eine korrespondierende Kreuz-Diagnose im Basisdatensatz enthalten ist.

**Beispiel:**

ICD-10 H36.0\* „Retinopathia diabetica (E10–E14, vierte Stelle .3+)“ mit ICD-10 E10.3† „Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen“. Die korrespondierenden Stern- und Kreuz-Diagnosen sind vollständig EDV-technisch in der Datei „Sternkr.dat“ beschrieben.

Weiters wird geprüft, ob bei Vorliegen einer Diagnose aus dem Nummernkreis S00–T79 auch eine Diagnose aus dem Bereich 901–999 vorhanden ist.

- **Plausibilität von Diagnosen und stationärem Aufenthalt**

Es wurde eine Liste von Hauptdiagnosen definiert, die im ambulanten Bereich zur Abklärung und Behandlung vorgesehen sind. Bei alleiniger Codierung dieser ICD-Codes (ohne medizinische Einzelleistungen und ohne Zusatzdiagnose außerhalb der definierten vorwiegend ambulant zu behandelnden Diagnosen) wird daher ein Warnhinweis erzeugt und der Datensatz wird nicht bepunktet.

**Beispiele:**

ICD-10	Diagnose
K03.6	Auflagerungen [Beläge] auf den Zähnen
L67.1	Veränderungen der Haarfarbe

Gewisse Diagnosen werden als unwahrscheinlich eingestuft und führen bei der Plausibilitätsprüfung zu einer Warnung.

**Beispiele:**

ICD-10	Diagnose
A00	Cholera
A20	Pest

- **Plausibilität zwischen Diagnose(n) und medizinischer Einzelleistung**

Wenn an einer Patientin/einem Patienten eine medizinische Einzelleistung erbracht wurde, so muss im Basisdatensatz eine Diagnose aufscheinen, die in einem medizinisch plausiblen Zusammenhang zu dieser medizinischen Einzelleistung steht. Diese Plausibilitätsprüfung erfolgt überwiegend auf der Ebene der dreistelligen ICD-10-Codenummern (einige wenige auf der Ebene der vierstelligen Codenummern) und soll somit wahrscheinlich falsche Diagnosen und/oder medizinische Einzelleistungen im Basisdatensatz erfassen (Warnhinweis).

Der Zusammenhang zwischen einer medizinischen Leistung und der Diagnose ist durch ihre Organbezogenheit im Sinne der Ätiologie und Symptomatologie definiert: Eine Diagnose (Haupt- oder Zusatzdiagnose), aus der eine klar definierte Erkrankung des Organs hervorgeht, an dem die Leistung erbracht wurde.

**Beispiele:**

Koronare Bypassoperation – koronare Herzkrankheit

Hysterektomie – Leiomyom des Uterus

Eine Diagnose (Haupt- oder Zusatzdiagnose), die ein Symptom beschreibt, das als direkte Folge einer Erkrankung des Organs auftritt, an dem die Leistung erbracht wurde.

**Beispiele:**

Koronare Bypassoperation – Angina pectoris

Diagnostische Pelviskopie – Mittelschmerz

- **Den Plausibilitätskriterien entsprechen nicht:**

Diagnosen, die Folgeerkrankungen beschreiben, die durch die Erkrankung desjenigen Organes ausgelöst wurden, an dem die Leistung erbracht wurde.

**Beispiel:**

Pneumonie nach einer aortokoronaren Bypassoperation

Diagnosen, die Erkrankungen beschreiben, die sich in einem anderen Organ/Organsystem ereignen als in dem Organ/Organsystem, an dem die Leistung erbracht wurde, auch wenn diese Erkrankung ursächlich mit der Erkrankung des Organs/Organsystems in Zusammenhang steht, an dem die Leistung erbracht wurde.

**Beispiel:**

Vorhofflimmern, zerebr. Insult – intrazerebr. Hämorrhagie – Op. einer intrazerebralen Blutung

Die Kette der Ereignisse ist zwar medizinisch logisch und nachvollziehbar, doch ist zur Erfüllung der Plausibilitätskriterien die Angabe der Diagnose „Vorhofflimmern“ nicht ausreichend – im Basisdatensatz muss die Diagnose „Intrazerebrale Hämorrhagie“ aufscheinen.

Die zu den medizinischen Leistungen plausiblen Diagnosen sind vollständig EDV-technisch in der Datei „Meldiag.dat“ beschrieben.

- **Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Alter**

Analog zur Plausibilität zwischen Diagnose(n) und Alter wird bei dieser Form der Plausibilitätsprüfung der Zusammenhang einer medizinischen Einzelleistung und dem Alter der Patientin/des Patienten untersucht. Die Kriterien für die Prüfung ergeben sich zum Teil aus dem beschreibenden Text für die medizinische Einzelleistung (Fehlerhinweis).

**Beispiel:** Sectio caesarea: hier gilt als obere Altersgrenze 60 Jahre.

- **Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und Geschlecht**

Gewisse medizinische Einzelleistungen, sowohl im operativen als auch im konservativen Bereich, können entweder ausschließlich an weiblichen oder männlichen Patient:innen erbracht werden. Diese Leistungen sind im Prüfprogramm mit dem jeweiligen Geschlecht als Kriterium versehen (Fehlerhinweis).

**Beispiele:**

Transurethrale Resektion der Prostata – M(ännlich)

Vaginale oder abdominale Hysterektomie – W(eiblich)

- **Plausibilität zwischen medizinischer Einzelleistung und zweiter medizinischer Einzelleistung**

In diesem Modul des Plausibilitätsprüfsystems wird geprüft, ob bei Vorliegen einer medizinischen Einzelleistung auch eine zweite oder andere weitere Leistungen vorliegen, die durch die erste Leistung bereits ausgeschlossen sind. Bei Vorliegen einer unplausiblen Leistungskombination wird nur die höherwertige Leistung bepunktet. Es erfolgt eine Differenzierung in Leistungskombinationen, die

- nicht während eines Aufenthaltes
- nicht am selben Tag

in Kombination erbracht werden können.

**Beispiele:**

MEL 1	MEL 2
Abdominale Hysterektomie (LE=je Sitzung)	Vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
Totale Thyreoidektomie (LE=je Sitzung)	Erweiterte Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
Implantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)

Die unplausiblen Leistungskombinationen sind vollständig EDV-technisch in der Datei „Melmel.dat“ beschrieben.

- **Plausibilität der Anzahl der medizinischen Einzelleistungen**

Die meisten medizinischen Einzelleistungen können nur mit einer bestimmten Frequenz pro Tag und pro stationären Aufenthalt erbracht werden. Es wird in diesem Modul des Plausibilitätsprüfsystems zweistufig die im Basisdatensatz enthaltene Frequenz der einzelnen medizinischen Einzelleistungen geprüft. Die theoretischen Obergrenzen für die mögliche Frequenz von Leistungen wurden in der zweiten Prüfstufe (Error) sehr hoch angesetzt, um damit sicher falsche Angaben aufzuzeigen. Die erste Stufe (Warning) setzt die Grenzen niedriger.

**Beispiele:**

Medizinische Einzelleistungen	WARNING Aufenthalt	ERROR Aufenthalt	WARNING Tag	ERROR Tag
Anlage eines koronaren Mehrfachbypasses mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)	2x	3x	2x	3x
Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)	24x	48x	2x	3x

- **Fehlerliste „0-Tagespatient“**

Erstellung einer Fehlerliste aller Medizinischen Einzelleistungen (MEL), die bei Erbringung an einem Tag („0-Tagespatient“) bei normaler Entlassung (Entlassungsart E) nicht möglich sind.


**Beispiel:** Implantation des Herzens oder Implantation der Lunge

- **Plausibilität von medizinischen Einzelleistungen in bestimmten Krankenhäusern**

Optional kann von den einzelnen Landesgesundheitsfonds die Dokumentation von speziellen medizinischen Einzelleistungen in bestimmten Krankenanstalten als unplausibel eingestuft werden. Bei Vorkommen dieser medizinischen Einzelleistung in den definierten Krankenhäusern wird ein entsprechender Hinweis ausgegeben.

### 5.3.4 Prüfung der Datenqualität (Kurzfassung)

- Einfache Überprüfung von Zusammenhängen
  - Plausibilitätsprüfung bei der Eingabe
  - Plausibilitätsprüfung bei der Übernahme
  - Stichprobenartige Untersuchung
- Komplexere Analysen – Plausibilitätsprüfung nach der Übernahme
  - Häufigkeiten von medizinischen Einzelleistungen
  - Häufigkeiten von Zusatzdiagnosen
  - Häufigkeiten von Aufnahme- und Entlassungsarten
  - Zusammenhänge zwischen medizinischen Leistungen – Haupt- und Zusatzdiagnosen
  - Zusammenhänge zwischen Haupt- und Zusatzdiagnosen
  - Altersverteilung bei bestimmten Diagnosen
- Vergleich der Häufigkeit von Haupt- und Zusatzdiagnosen sowie von medizinischen Einzelleistungen zwischen verschiedenen Krankenanstalten
  - Epidemiologische Vergleiche



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

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

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