

Medizinische Dokumentation – Codierhinweise bis inklusive 42. LKF- Rundschreiben

1. Jänner 2027

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):

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

Ärzteteam:

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

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Mag. Gabriele Gartner-Wölfl (SOLVE Consulting)

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

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

Wien, September 2026

Copyright und Haftung:

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

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

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

Inhalt

1 Allgemeine Rahmenbedingungen	8
1.1 Gesetzliche Grundlagen	8
1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation	9
2 Diagnosendokumentation	10
2.1 Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2027	10
2.1.1 Aufbau und Struktur des Diagnoseschlüssels ICD-10 BMASGPK 2027.....	11
2.2 Diagnosencodierung bei ambulanten Besuchen	18
2.2.1 Allgemeine Regeln.....	18
2.2.2 Dokumentation des Grundes für den ambulanten Besuch.....	19
2.2.3 Haupt- und Zusatzdiagnosen bei ambulanten Besuchen.....	20
2.2.4 Behandlungsserien	20
2.2.5 Nachkontrollen nach stationären Aufenthalten	21
2.2.6 Ambulanter Besuch – Regelfall	21
2.2.7 Ambulanter Besuch in mehreren medizinischen Fachrichtungen – mehrere Diagnosen.....	21
2.2.8 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie)	22
2.2.9 Codierung von Z-Codes	22
2.2.10 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen	23
2.3 Diagnosencodierung bei stationären Aufenthalten.....	24
2.3.1 Hauptdiagnose	24
2.3.2 Zusatzdiagnosen.....	25
2.3.3 Unzureichend abgeklärte Hauptdiagnose.....	26
2.3.4 Leitfaden zur Diagnosencodierung.....	27
2.4 Codierhinweise zu ausgewählten Themenkreisen.....	28
2.4.1 Codierung von Verdachtsdiagnosen	28
2.4.2 Codierung bei nicht abgeschlossener diagnostischer Abklärung.....	28
2.4.3 Codierung von Tumorerkrankungen	29
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 Dokumentation der National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) bei Schlaganfällen ohne Behandlung auf Stroke Units	34
2.4.8 Codierung der Herzinsuffizienz	34
2.4.9 Codierung des Schweregrads bei COPD	36
2.4.10 Erfassung der Information „im stationären Aufenthalt erworben“ bei Pneumonien	36
2.4.11 Codierung von Entbindung und Geburt	36
2.4.12 Codierung des Gestationsalters bei Entbindungen.....	37
2.4.13 Codierung des Gestationsalters bei erstmaliger Aufnahme	37
2.4.14 Codierung von Frühgeborenen	37
2.4.15 Betreuung von Neugeborenen nach der Geburt	38
2.4.16 Codierung von Erkrankungen des Neugeborenen	38

2.4.17	Codierung der Revisionsgründe bei Endoprothesen.....	38
2.4.18	Codierung von Sehnenrissen.....	39
2.4.19	Codierung von Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen	39
2.4.20	Codierung von zusammenhängenden Aufenthalten	40
2.4.21	Codierung von Nachbehandlungen.....	40
2.4.22	Codierung von Nach- und Kontrolluntersuchungen	41
2.5	Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10 für stationäre Aufenthalte	42
2.5.1	Alle Kapitel.....	42
2.5.2	Kapitel I – Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99).....	43
2.5.3	Kapitel II – Neubildungen (C00–D48)	44
2.5.4	Kapitel III – Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)	49
2.5.5	Kapitel IV – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	50
2.5.6	Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	51
2.5.7	Kapitel VI – Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	52
2.5.8	Kapitel VII – Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59).....	53
2.5.9	Kapitel VIII – Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95).....	54
2.5.10	Kapitel IX – Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	55
2.5.11	Kapitel X – Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	57
2.5.12	Kapitel XI – Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	59
2.5.13	Kapitel XIII – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99).....	60
2.5.14	Kapitel XIV – Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99).....	61
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).....	67
2.5.18	Kapitel XVIII – Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99).....	67
2.5.19	Kapitel XIX – Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	68
2.5.20	Kapitel XXa: Exogene Noxen – Ätiologie (901–999).....	70
2.5.21	Kapitel XXI: Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)	71
2.6	Codierung von ORPHAcodes	73
3	Leistungsdokumentation	74
3.1	Systematik des Leistungskatalogs	74
3.1.1	Achsensystematik.....	75
3.1.2	Kapitel.....	75
3.1.3	Leistungs_codes	75
3.1.4	Leistungseinheiten	76
3.2	Definition der Operation.....	76

3.3 Allgemeine Hinweise zur Leistungsdokumentation.....	77
3.3.1 Leistungsdatum	77
3.3.2 Kennzeichnung der Seitenlokalisierung	78
3.3.3 Gestaltung und Codierung der operativen Leistungspositionen	78
3.3.4 Codierung minimalinvasiver und minimalinvasiv assistierter Operationen.....	80
3.3.5 Umstieg von minimalinvasiver auf offene Operation	80
3.3.6 Explantationen	81
3.3.7 Abgebrochene Operation/Intervention	81
3.3.8 Nicht durchgeführte Maßnahmen	81
3.3.9 Codierung der Leistungen „Sonstige Operation“ und „Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie“	82
3.3.10 Gestaltung und Codierung der Leistungspositionen des Kapitels 16.....	82
3.3.11 Codierung nicht abgebildeter Leistungen (mit unklarer Evidenz).....	82
3.3.12 Bei stationären Aufenthalten nicht zu codierende Leistungen.....	83
3.3.13 Einheitliche Codierung stationär – ambulant.....	83
3.3.14 Nicht landesgesundheitsfondsrelevante Leistungen	84
3.3.15 Codierung extern erbrachter Leistungen	84
3.3.16 Codierung von Leistungen bei Neugeborenen.....	84
3.4 Hinweise zur Codierung telemedizinischer Leistungen	85
3.5 Stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche mit chefarztpflichtigen Leistungen	87
3.6 Hinweise zur Plausibilitätsprüfung.....	88
3.6.1 Umgang mit Warnhinweisen (W, Warning)	88
3.6.2 Umgang mit Bepunktungshinweisen (H, Hinweis)	89
3.6.3 Regelwerk onkologische Therapien	89
3.7 Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung ambulant).....	89
3.8 Hinweise zu einzelnen Leistungen (Codierung stationär und spitalsambulant).....	103
3.8.1 Kapitel 01 – Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule	103
3.8.2 Kapitel 02 – Augen und Orbita	121
3.8.3 Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals.....	125
3.8.4 Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax.....	132
3.8.5 Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem	134
3.8.6 Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen	147
3.8.7 Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	163
3.8.8 Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde	180
3.8.9 Kapitel 10 – Bewegungsapparat.....	190
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	246
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	270
3.9.3 Kapitel 02 – Augen und Orbita	271
3.9.4 Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals.....	272
3.9.5 Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax	272
3.9.6 Kapitel 05 – Herz und Kreislaufsystem	273
3.9.7 Kapitel 06 – Endokrine Drüsen	274
3.9.8 Kapitel 07 – Verdauungstrakt, Abdomen	274
3.9.9 Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	276
3.9.10 Kapitel 09 – Haut und Anhangsgebilde	277
3.9.11 Kapitel 10 – Bewegungsapparat.....	277
3.9.12 Kapitel 11 – Organtransplantationen	280
4 Dokumentationssystem für die Intensivmedizin.....	281
4.1 Allgemeine Informationen	281
4.2 Hinweise zur Codierung der administrativen Daten	282
4.3 Hinweise zur Codierung des SAPS3	282
4.3.1 Allgemeine Hinweise zur Erfassung des SAPS3	282
4.3.2 Definitionen der SAPS-Items und Codierhinweise	283
4.4 Hinweise zur Codierung des TISS-A.....	302
4.4.1 Allgemeine Hinweise zur Erfassung des TISS-A	302
4.4.2 Definitionen der TISS-Items und Codierhinweise	303
4.5 Algorithmen zur Scoreberechnung	321
4.5.1 SAPS3 Scoringtabelle.....	321
4.5.2 TISS-A Mapping	325
4.5.3 Simplified Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28).....	327
5 Organisation und Datenqualität.....	329
5.1 Organisation der Datenerfassung	329
5.2 Leitlinien zur Diagnosen- und Leistungserfassung	331
5.3 Prüfung der Datenqualität	331
5.3.1 Vollständigkeitsprüfungen	331
5.3.2 Richtigkeitsprüfungen	332
5.3.3 Plausibilitätsprüfungen	332
5.3.4 Prüfung der Datenqualität (Kurzfassung).....	337

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 2027 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 2027

Der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2027 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 2027 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 bei der Anwendung im stationären Bereich wie im Folgenden dargestellt:
 - Die mit „!“ gekennzeichneten Codes dürfen nicht als Hauptdiagnose für stationäre Aufenthalte und nach dem stationären LKF-Modell bepunktete ambulante Besuche erfasst werden. Diese Schlüsselnummern sind **fett-kursiv** dargestellt.

- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes waren bisher bei der Codierung für das stationäre LKF-Modell nicht zu verwenden. Ab 2027 können diese Codes wie die mit „!“ gekennzeichneten Codes verwendet werden. Diese Schlüsselnummern sind in *Kursivschrift* dargestellt.
- Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung ist nicht anzugeben.
- Bei der Anwendung im ambulanten Bereich wird auf die differenzierte Anwendung des Kapitels XXI verzichtet und die mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes können ohne Einschränkung verwendet werden.

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

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

Der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2027 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 2027 > Programme bzw. Kataloge auf der Website des Bundesministeriums eingesehen und abgerufen werden.

2.1.1 Aufbau und Struktur des Diagnosenschlüssels ICD-10 BMASGPK 2027

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.

Hierarchischer Aufbau der ICD-10:
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 2027 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 Diagnosenschlüssel ICD-10 BMASGPK 2027 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 Diagnosenschlüssels 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 Diagnosenschlüssels 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 2027 eine ätiologische Ausrichtung. Die ersten beiden Kapitel werden nach ätiologischen oder pathologisch-morphologischen Gesichtspunkten klassifiziert, die folgenden Kapitel nach Organsystemen. 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 Diagnoseschlüssel ICD-10 BMASGPK 2027 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 Diagnosentext 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 und im extramuralen Bereich abgestimmt und gelten für alle spitalsambulanten Besuche:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose nach ICD-10¹ 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 das Leitsymptom bzw. ein Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können sonstige Gründe für den ambulanten Besuch (Z-Codes aus Kapitel XXI) übermittelt werden.
- Bei ambulanten Besuchen, die nicht nach dem stationären LKF-Modell abgerechnet werden, können die mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes ~~können~~ ohne Einschränkung verwendet werden.

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

- Bei ambulanten Besuchen, die nach dem stationären LKF-Modell bepunktet werden, ist wie bei stationären Aufenthalten zu codieren (bei Bedarf fünfstellige Codierung, keine Verwendung der mit „!“ oder „#“ gekennzeichneten Codes als Hauptdiagnose). Dies ist bei onkologischen, strahlentherapeutischen, nuklearmedizinischen Therapien, Dialysen/Plasmapheresen, tagesklinischen Leistungen sowie wenigen weiteren operativen Leistungen der Fall.
- 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

Die sonstigen Gründe für den ambulanten Besuch (Z-Codes aus Kapitel 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 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.

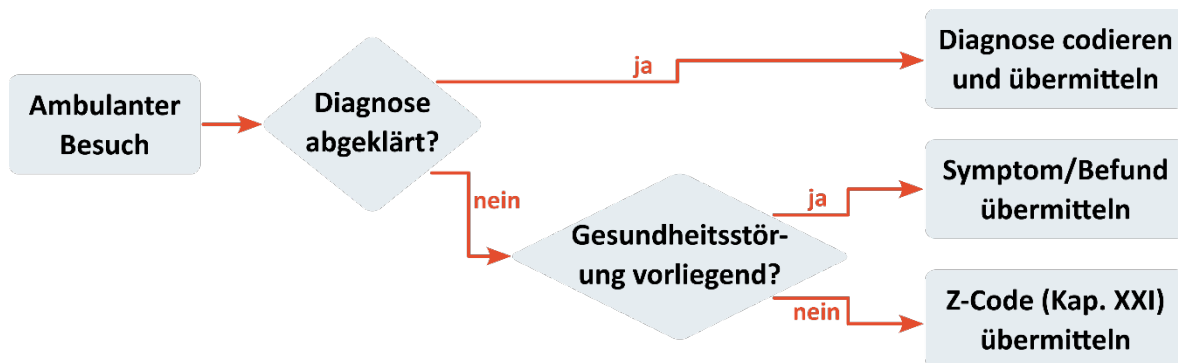
Für die Auswahl und Übermittlung der Haupt- und Zusatzdiagnosen gelten bei ambulanten Besuchen gegenüber stationären Aufenthalten vereinfachte Regelungen.

2.2.2 Dokumentation des Grundes für den ambulanten Besuch

Bei bereits abgeklärten Erkrankungen sind der oder die Codes für die Erkrankung zu übermitteln. Dies kann der Code für eine akut aufgetretene Erkrankung sein oder ein bzw. mehrere Codes, die bereits als Dauerdiagnose(n) hinterlegt sind.

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

Wenn keine Gesundheitsstörung vorliegt, z.B. bei einer Vorsorgeuntersuchung, wird ein Code aus Kapitel XXI des ICD-10 (Z-Codes) übermittelt, z.B. „Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ (welche auch die Vorsorgeuntersuchung umfasst).



2.2.3 Haupt- und Zusatzdiagnosen bei ambulanten Besuchen

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose als Hauptdiagnose zu übermitteln, die den Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt (= Hauptdiagnose). Wenn mehrere Diagnosen vorliegen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch beschreiben, sind diese zu übermitteln. Eine davon ist als Hauptdiagnose auszuwählen.

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

Wenn die Hauptdiagnose den Grund für den ambulanten Besuch nicht ausreichend beschreibt bzw. wenn mehrere Gründe für den ambulanten Besuch vorliegen, sind auch die weiteren Gründe zu übermitteln (= Zusatzdiagnosen).

2.2.4 Behandlungsserien

Bis zum Abschluss der Behandlung bzw. während einer ambulanten Behandlungsserie (z.B. in der physikalischen Medizin) ist die beim Beginn der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Es wird empfohlen, die Diagnose im Krankenhausinformationssystem so zu hinterlegen, dass sie bei wiederkehrenden Behandlungen der gleichen Gesundheitsstörung ohne zusätzlichen Suchaufwand übermittelt werden kann.

2.2.5 Nachkontrollen nach stationären Aufenthalten

Wenn der ambulante Besuch zur Kontrolle nach einem stationären Aufenthalt erfolgt, z.B. wegen einer vorangegangenen Operation, ist der Code für die Nachkontrolle als Grund zu übermitteln, z.B. „Z09.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände“.

2.2.6 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.

2.2.7 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.

2.2.8 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“.

2.2.9 Codierung von Z-Codes

Code	Bezeichnung
Z00.0!	Ärztliche Allgemeinuntersuchung
Frage	Welche Diagnose ist bei präoperativen anästhesiologischen Untersuchungen zu codieren?
Antwort	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
Z01.6! Z01.8!	Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen
Frage	Welche Diagnose ist bei einem ambulanten Besuch zur MR-Untersuchung des Kniegelenks zu codieren?
Antwort	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
Z09.0	Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände
Frage	Welche Diagnose ist bei einer Nachsorgekontrolle nach einer Hernien-Operation (6-Monatskontrolle) zu codieren?
Antwort	Eine Nachsorgekontrolle nach einer Hernien-Operation ist unter der Diagnose Z09.0 zu codieren.

2.2.10 Anmerkungen zur Plausibilitätsprüfung bei ambulanten Besuchen

Seit dem Berichtsjahr 2025 ist die Übermittlung mehrerer Hauptdiagnosen zu einer Satzart X01 errorfrei möglich, wird aber mit dem Warning „WX57 – Hauptdiagnose mehrfach gemeldet“ versehen. Im Berichtsjahr 2026 wurde auch beim Fehlen einer (Haupt-)Diagnose an Stelle eines Errors ein Warning „WX56 – Ambulanter Besuch ohne Diagnosen (weder Haupt- noch Zusatzdiagnose)“ bzw. „WX5F – Ambulanter Besuch mit Zusatzdiagnose(n) aber ohne Hauptdiagnose“ ausgegeben.

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

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

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 Aufenthaltes 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 Aufenthaltes 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

Code	Bezeichnung
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 ausständigen 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 2027** 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.

Code	Bezeichnung
201	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) vor Insult (anamnestisch)
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
202	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Aufnahme
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.
203	Modifizierte Rankin-Skala (MRS) bei Entlassung
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
204.0	Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala

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

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

Die konkrete Art der Erfassung (LKF oder alternativer Meldeweg) ist bundeslandspezifisch festzulegen. Im Programmpaket XDok wird als Option eine Prüfung auf Vollständigkeit angeboten, die zu aktivieren ist, wenn die Erfassung über LKF festgelegt wurde.

Die Dokumentation bei der Erfassung über LKF erfolgt nach den folgenden Regeln:

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

2.4.8 Codierung der Herzinsuffizienz

2.4.8.1 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 leichter 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.

2.4.8.2 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 Fünfsteller des DIMDI mit den folgenden Ausprägungen ersetzt:

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

Bei einer 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.

2.4.8.3 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).

2.4.9 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.

2.4.10 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.

2.4.11 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 Vakuumextraktor
- 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.

2.4.12 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 Aufhalten 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.

2.4.13 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.

2.4.14 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.

2.4.15 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.

2.4.16 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 Aufenthalten auf neonatologischen/pädiatrischen Intensivseinheiten sind auch die Codierhinweise im **ANHANG 2A – NEONATOLOGIE PAEDIATRIE CODIERHINWEISE** zu beachten.

2.4.17 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 BMSGPK 2027 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 Leistungs-codes 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)
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)

2.4.18 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.

2.4.19 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 2027 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

2.4.20 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.

2.4.21 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)

2.4.22 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
Frage	Sind auch „Zustand nach“-Diagnosen zu codieren?
Antwort	"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. 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. Keinesfalls ist bei einem „Zustand nach“ der Code für die ursprünglich vorhandene Erkrankung zu verwenden.

Code	Bezeichnung
A00–Z99	Dreisteller, für interne Zwecke fünfstellig
Frage	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?
Antwort	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). Beachte: Bei der Datenmeldung an das BMSGPK sind ausschließlich die in der Datei DIAGLIST.DAT enthaltenen Codes zu übermitteln.

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

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

Code	Bezeichnung
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie
Frage	Bei dieser Diagnose wird ein Warning ausgegeben. Warum?
Antwort	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
B25.9 H90.3 P35.1	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung Angeborene Zytomegalie
Frage	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?
Antwort	Bei einer stationären Aufnahme wegen einer erneuten Exazerbation der Zytomegalievirusinfektion im Alter von 5 Jahren ist B25.9 zu codieren.
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine stationäre Aufnahme wegen der Behandlung einer durch die angeborene Zytomegalievirusinfektion entstandenen sensoneurinalen Schwerhörigkeit erfolgt?
Antwort	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
B34.0–B34.9 J06.0 Z03.8	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation Akute Laryngopharyngitis Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen
Frage	Wie ist ein Verdacht auf Virusinfektion zu codieren?
Antwort	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
A30–A49 A41.0 B95.6! U82–U85	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
Frage	Wie ist eine Infektion mit einem antibiotikaresistenten Keim, z.B. einem methizillinresistenten Staphylokokkus aureus (MRSA) als Erreger zu codieren?
Antwort	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
C00.0–C97	Bösartige Neubildungen
Frage	Wie sind Lokalrezidive von Karzinomen zu codieren?
Antwort	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).

Code	Bezeichnung
C18.0 bis C18.9	Bösartige Neubildung des Kolons, Zäkum
C19	Bösartige Neubildung des Kolons, nicht näher bezeichnet
C20	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C78.7	Bösartige Neubildung des Rektums
	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
Frage	Wann und wie oft ist das UICC-Stadium zu übermitteln?
Antwort	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. Für Aufenthalte mit neoadjuvanter Chemo- oder Strahlentherapie ohne Operation im gleichen Aufenthalt gilt: Es ist das zu diesem Zeitpunkt bekannte aus dem klinischen cTNM-Staging abgeleitete UICC-Stadium zu übermitteln. Dieses ist postoperativ ggf. anzupassen. Für alle operativen Aufenthalte und danach gilt: 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. Das UICC-Stadium ist bei Aufenthalten mit Diagnostik/Therapie des Karzinoms zu übermitteln. Bei anderen Aufenthalten ist eine Erfassung der Diagnose ohne Tumorstadium zulässig. 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.
Frage	Wie ist vorzugehen, wenn bei einer Entlassung nach einer Polypektomie noch keine Histologie vorliegt?
Antwort	Grundsätzlich ist die LKF-Dokumentation erst abzuschließen, wenn alle im Aufenthalt erhobenen Befunde inkl. Histologie vorliegen. Das Ergebnis der histologischen Befundung ist abzuwarten.
Frage	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?
Antwort	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.
Frage	Wie soll bei Aufenthalten mit präoperativer Bestrahlung oder Chemotherapie eines kolorektalen Karzinoms dokumentiert werden?
Antwort	Bei Aufenthalten zur neoadjuvanten Therapie ohne Operation im gleichen Aufenthalt ist das zu diesem Zeitpunkt bekannte klinische Tumorstadium zu übermitteln.

Frage	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?
Antwort	Bei Vorliegen des postoperativen Stadiums ist das postoperative UICC-Stadium anzugeben, in obigem Beispiel also Stadium 2.
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einem kolorektalen Karzinom mit postoperativem Stadium 2 oder 3 erst im weiteren Verlauf eine Metastasierung auftritt?
Antwort	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. Beispiel: 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 Anmerkung: Wenn die Metastasierung bereits zum Zeitpunkt der Erfassung des Tumorstadiums vorhanden ist, ist nur C18.04 zu codieren.
Frage	Wie werden Lokalrezidive bei kolorektalen Karzinomen erfasst?
Antwort	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.
Frage	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?
Antwort	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
C00.0–C97	Bösartige Neubildungen
Frage	Wie erfolgt die Codierung bei einer neuerlichen Aufnahme wegen der Nachbehandlung eines Karzinoms?
Antwort	Das Karzinom ist solange als Hauptdiagnose zu codieren, wie die Chemotherapie oder Strahlentherapie etc. anhält.

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

Code	Bezeichnung
D12.6 D37.4 K51.4 K63.5	Gutartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Kolon Inflammatorische Polypen Polyp des Kolons
Frage	Wie sind tubuläre Adenome mit geringgradiger intraepithelialer Neoplasie und andere Kolonpolypen zu codieren?
Antwort	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 unbekannten 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
D37.0–D48.9	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens
Frage	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?
Antwort	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
D37.0–D48.9 R74.9 Z03.1	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens Abnormer Wert nicht näher bezeichneter Serumenzyme Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei Entlassung unter Einbeziehung aller Befunde keine Aussage über die Malignität eines Tumors gemacht werden kann?
Antwort	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. Beispiel: 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. Codierung: 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. 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.).

Code	Bezeichnung
D16.1	Gutartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
D16.9 M84.9 M89.9	Gutartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet Veränderung der Knochenkontinuität, nicht näher bezeichnet Knochenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist die Diagnose bei Exostosis regio cap. ossis metacarp. V in der ICD-10 zu codieren?
Antwort	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
D68.5 D68.6	Primäre Thrombophilie Sonstige Thrombophilien
Frage	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?
Antwort	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
E43 E44.0 E44.1 E46	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung Nicht näher bezeichnete Energie- und Eiweißmangelernährung
Frage	Wie ist das Vorliegen einer Mangelernährung korrekt zu codieren? Die in den Erläuterungen der ICD-10 angeführte Angabe erscheint in der Praxis nicht anwendbar.
Antwort	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“ • NRS-Gesamtscore von mindestens 5 und • NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 3 (schwer) E44.0 „Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung“ • NRS-Gesamtscore von mindestens 4 und • NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 2 (mäßig) E44.1 „Leichte Energie- und Eiweißmangelernährung“ • NRS-Gesamtscore von mindestens 3 und • NRS-Score für die Störung des Ernährungszustands von 1 (leicht)

Code	Bezeichnung
E73.9	Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet
K52.2	Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis
L27.2	Dermatitis durch aufgenommene Nahrungsmittel
T78.1	Sonstige Nahrungsmittelunverträglichkeit, anderenorts nicht klassifiziert
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist eine Kuhmilchunverträglichkeit zu codieren?
Antwort	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
F84.0	Frühkindlicher Autismus
Frage	Bis zu welchem Lebensalter kann der ICD-10-Code F84.0 „Frühkindlicher Autismus“ codiert werden?
Antwort	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
F98.0	Nichtorganische Enuresis
Z03.2	Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen
Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen
Frage	Wie erfolgt die Codierung von Enuresis vor dem 4. Geburtstag des Kindes mit Enuresis (ergibt im Scoringprogramm eine Fehlermeldung)?
Antwort	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
G91.0–G91.9 Q03.0–Q03.9 Q05.0–Q05.4	Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus Spina bifida mit Hydrozephalus
Frage	Wie ist ein posttraumatischer und wie ein angeborener Hydrozephalus zu codieren?
Antwort	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
G90.2	Horner-Syndrom
Frage	Wie ist ein Horner-Syndrom zu codieren?
Antwort	Das Horner-Syndrom ist unter ICD-10 G90.2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
G35 G40.6	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
Frage	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?
Antwort	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
G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
Frage	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?
Antwort	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
F44.8 G40.0–G40.9 R56.0–R56.8	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] Epilepsie Krämpfe, andernorts nicht klassifiziert
Frage	Wie sind funktionelle Anfälle zu codieren?
Antwort	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
H34.8 H35.3 H36.0*	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss Degeneration der Makula und des hinteren Poles Retinopathia diabetica (E10-E14, vierte Stelle .3†)
Frage	Wie ist die Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten wegen diabetischer Makulopathie oder einem Verschluss der Vena centralis retinae zu erfassen?
Antwort	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
A88.1 H81.0 bis H81.9 H82* R42	Epidemischer Schwindel Ménière-Krankheit Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Schwindel und Taumel
Frage	Wie erfolgt die Codierung eines Aufenthalts mit Schwindelsymptomatik?
Antwort	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
H81.0–H81.9 H82 H83.0–H83.9 H93.1	Störungen der Vestibularfunktion Schwindelsyndrome bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Sonstige Krankheiten des Innenohres Tinnitus aurium
Frage	Wie sind ambulante Patient:innen mit Erkrankungen des Innenohres zu codieren, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten (z.B. niedermolekulares Dextran)?
Antwort	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
H90.0–H90.9 H91.0–H91.9 H91.9	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung Sonstiger Hörverlust Hörverlust, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist die ein- oder beidseitige Taubheit zu codieren?
Antwort	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
I21.0–I21.9 I22.0–I22.9 I25.2 I25.8	Akuter Myokardinfarkt Rezidivierender Myokardinfarkt Alter Myokardinfarkt Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
Frage	Wie lange erfolgt die Codierung eines akuten Myokardinfarktes (MCI)? Ab wann soll der alte MCI codiert werden?
Antwort	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
I50.11–I50.19	Linksherzinsuffizienz
Frage	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer Linksherzinsuffizienz zu bestimmen?
Antwort	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase vor der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt zu bestimmen.

Code	Bezeichnung
I62.0	Nichttraumatische subdurale Blutung
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
S06.5	Traumatische subdurale Blutung
Frage	Wie ist eine chronische nichttraumatische subdurale Blutung korrekt zu codieren?
Antwort	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
I63.0–I63.9	Hirninfarkt
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
204.0	Vorbehandelter Insult – keine Rankin-Skala
Frage	Wie ist bei Folgeaufenthalten (z.B. Transferierung zur Weiterbehandlung) nach einem Schlaganfall zu codieren?
Antwort	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
I63.0–I63.9	Hirninfarkt
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
Frage	Bis wann wird ein Schlaganfall als akut angesehen und wann ist unter I69 zu codieren?
Antwort	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
J00 J35.0 Z53.0#	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen] Chronische Tonsillitis Maßnahme nicht durchgeführt wegen Kontraindikation
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine geplante Tonsillektomie wegen einer Erkältung abgesetzt werden muss?
Antwort	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
J05.0 J38.5	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] Laryngospasmus
Frage	Mit welcher Diagnose ist ein Kind mit Pseudokrupp zu codieren?
Antwort	Kinder mit Pseudokrupp sind unter J38.5 zu codieren.

Code	Bezeichnung
J06.0–J06.9 J09 J10.0–J10.8 J11.0–J11.8	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
Frage	Wie ist ein fieberhafter grippaler Infekt oder eine Virusgrippe zu codieren?
Antwort	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
Frage	Zu welchem Zeitpunkt ist der Schweregrad einer COPD zu bestimmen?
Antwort	Der Schweregrad ist in einer stabilen Phase während des stationären Aufenthaltes zu bestimmen. Beispiel: Stationäre Aufnahme wegen COPD mit akuter Exazerbation, FEV1 bei Aufnahme 25 %. Stabilisierung nach Therapie, FEV1 vor Entlassung 45 %. Codierung: 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
Frage	Wie ist ein postoperatives Multiorganversagen zu codieren, z.B. mit Nierenversagen und Schocklunge?
Antwort	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
Frage	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?
Antwort	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
J96.0 J96.9	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer pulmonalen Erkrankung wie COPD oder Pneumonie eine respiratorische Insuffizienz auftritt?
Antwort	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
K40.4 K55.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Gangrän Gefäßkrankheit des Darmes, nicht näher bezeichnet
Frage	Ist bei einer Hernie mit ischämischen Schleimhautnekrosen die Ischämie zusätzlich zur Hernie unter K55.9 zu codieren?
Antwort	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 Gefäßerkrankung 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
K56.4 K59.0	Sonstige Obturation des Darmes Obstipation
Frage	Wie lautet die korrekte Codierung bei Koprostase ohne beschriebene Ileussymp-tomatik (Therapie mit Klysmen erfolgreich)?
Antwort	Im Diagnosenthesaurus 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 Ileussympomatik ist daher K59.0 „Obstipation“.

Code	Bezeichnung
K76.6	Portale Hypertonie
K76.7	Hepatorenales Syndrom
K75.4	Autoimmune Hepatitis
Frage	Wie wird ein hepatopulmonales Syndrom in Folge einer Autoimmunhepatitis nach ICD-10 verschlüsselt?
Antwort	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
M05.0–M05.9	Seropositive chronische Polyarthrit
M06.0–M06.99	Sonstige chronische Polyarthrit
M73.0–M73.8	Krankheiten des Weichteilgewebes bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M79.9	Krankheit des Weichteilgewebes, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie sind ambulante Patient:innen mit chronisch entzündlichen Erkrankungen, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten (z.B. Antibiotika, Schmerzmedikamente), zu codieren?
Antwort	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
M23.8	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes
M94.9	Knorpelkrankheit, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie erfolgt die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk?
Antwort	Die Codierung einer Chondropathie im Kniegelenk hat mit M23.8 zu erfolgen.

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

Code	Bezeichnung
M85.8 R60.9	Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Knochendichte und -struktur Ödem, nicht näher bezeichnet
Frage	Welche Diagnose ist bei einem Knochenmarksödem zu codieren – R60.9?
Antwort	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
N17.0–N17.9 N18.0–N18.9	Akutes Nierenversagen Chronische Nierenkrankheit
Frage	Wie ist bei Verschlechterung einer chronischen Niereninsuffizienz zu codieren bzw. wann ist akutes Nierenversagen zu codieren?
Antwort	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
N44 N83.5	Hodentorsion Torsion des Ovars, des Ovarstieles und der Tuba uterina
Frage	Wie erfolgt die Codierung einer Hydatidentorsion?
Antwort	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
O30.0–O48	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
O60.0–O75.9	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
O80.0–O84.9	Entbindung
O85–O92.7	Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten

Frage	Welche Diagnose ist als Hauptdiagnose auszuwählen, wenn es zu Komplikationen während der Entbindung kommt oder wenn im gleichen Aufenthalt die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und eine Geburt erfolgt?
Antwort	Im Regelfall erfolgt die Aufnahme zur Geburt und als Hauptdiagnose ist ein Code aus O80–O84 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 Ausnahmefällen 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
O68.0–O68.9	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distreß [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
O69.0–O69.9 P00.0–P96.9 R09.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben Asphyxie
Frage	Welche Diagnosen sind bei einer Entbindung zusätzlich zu codieren, wenn angegeben werden soll, dass es während der Entbindung zu einem Sauerstoffmangel des Feten gekommen ist?
Antwort	Im Regelfall ist der entsprechende vierstellige Code aus O68 zu codieren oder je nach der Ursache eine andere Diagnose aus der Gruppe O60–O75 , 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
O21.9 Z34.9	Erbrechen während der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet Überwachung einer normalen Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
Frage	Wie sind ambulante Patientinnen mit in die HDG12.04 (Schwangerschaftskomplikationen) führenden Erkrankungen, die wiederholte Einzelbehandlungen an mehreren hintereinanderliegenden Tagen erhalten, zu codieren?
Antwort	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
B37.3 O23.0–O23.9 O47.0–O47.9	Kandidose der Vulva und der Vagina (N77.1*) Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]
Frage	Was ist als Hauptdiagnose zu wählen, wenn es wegen einer vaginalen Candida- infektion zu vorzeitigen oder drohenden Wehen (Schwangerschaftswehen) kommt?
Antwort	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
O30.0–O30.9 O84.0–O84.9	Mehrlingsschwangerschaft Mehrlingsgeburt
Frage	Wie ist die Mehrlingsgeburt, d.h. die Entbindung von z.B. Zwillingen, zu codieren? Wann ist O30.0 als Hauptdiagnose zulässig?
Antwort	Die Mehrlingsgeburt ist unter O84.0–O84.9 zu codieren (Anmerkung: 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 Mehrlings- schwangerschaft den Hauptgrund für den stationären Aufenthalt darstellt.

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

Code	Bezeichnung
O42.0–O42.9 O60.0–O60.3 O80.9	Vorzeitiger Blasensprung Vorzeitige Wehen und Entbindung Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet
Frage	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?
Antwort	Als Hauptdiagnose ist O42.2 zu wählen.
Frage	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?
Antwort	Als Hauptdiagnose ist O42.2, als Nebendiagnose ist O80.9 zu codieren.

Code	Bezeichnung
O80.0–O80.9 Z39.0–Z39.2	Spontangeburt eines Einlings Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter
Frage	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?
Antwort	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
O80.9 Z39.0	Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung
Frage	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?
Antwort	Die Codierung erfolgt mit ICD-10 Z39.0 im aufnehmenden Spital.

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

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

Code	Bezeichnung
O85 O90.8	Puerperalfieber Sonstige Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert
Frage	Wie ist eine Subinvolutio uteri zu codieren?
Antwort	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
P00.0–P96.9 Z38.0–Z38.8	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben Lebendgeborene nach dem Geburtsort
Frage	Wie lautet die Definition des Neugeborenen?
Antwort	Laut ICD-10 und Hebammengesetz ist das Neugeborene bis zur Vollendung des 28. Lebenstages definiert.

Code	Bezeichnung
P23.0–P23.9 P35.0	Angeborene Pneumonie Rötelnembryopathie
Frage	Was ist unter P23 zu codieren? Welche Erreger sind betroffen?
Antwort	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
P22.1	Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen
Frage	Wann ist die Codierung und Aufnahme wegen P22.1 als Hauptdiagnose zulässig?
Antwort	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
G47.3 P28.3	Schlafapnoe Primäre Schlafapnoe beim Neugeborenen
Frage	Bis zu welchem Alter kann eine Schlafapnoe unter dem ICD-10-Code P28.3 codiert werden?
Antwort	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
Q56.0–Q56.4	Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus
Frage	Wie ist Intersexualität zu codieren?
Antwort	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
R00.0–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
Frage	Wann sind diese Codes zu codieren?
Antwort	Diese Codes sollen grundsätzlich nur verwendet werden, wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen werden konnte, z.B. bei ambulanten Besuchen mit noch ausständigen Untersuchungsergebnissen.
Frage	Wie erfolgt die Codierung mit diesen Codes als Hauptdiagnose?
Antwort	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 unbekannten 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. Beispiel: 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. Anmerkung für Folgeaufenthalte: 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	Akute Verletzungen
T90–T98	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
M96.6 S72.3	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte Fraktur des Femurschaftes
Frage	Wie ist die Diagnose "periprothetische Schaftfraktur" nach Sturz bei vorhandener Totalendoprothese der Hüfte in der ICD-10 zu codieren?
Antwort	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
M23.0–M23.9 S83.0–S83.7	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement] Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
Frage	Wie lange ist bei einer Kniegelenksschädigung unter S83 zu codieren, ab wann ist unter M23 zu codieren? Beispiel: Patient:in hatte vor 2 Wochen einen Sportunfall, kommt aber erst jetzt zur Behandlung ins KH. Es wird nun eine Kreuzbandplastik gemacht.
Antwort	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 Kniegelenks bezeichnet chronische Funktionsstörungen des Gelenks mit anhaltender oder immer wiederkehrender Symptomatik bei länger zurückliegenden Ereignissen.

Code	Bezeichnung
T80.0–T88.9	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
Frage	Wie erfolgt die Codierung von Komplikationen als Diagnose?
Antwort	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
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
Frage	Wie ist ein postoperativ aufgetretenes Serom zu codieren?
Antwort	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
T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden
T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet
T78.3	Angioneurotisches Ödem
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen
Frage	Welche Diagnosen sind für stationäre Aufenthalte/ambulante Besuche wegen Bienenallergien oder Desensibilisierungen zu codieren?
Antwort	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
901.9–999.9	Exogene Noxen – Ätiologie
Frage	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?
Antwort	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
Z03.0–Z03.9	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen
Frage	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?
Antwort	Es ist die entsprechende vierstellige Diagnose aus Z03 „Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
D38.1 R91 Z03.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
Frage	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?
Antwort	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, beispielsweise 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
Z29.1	Immunprophylaxe
Frage	Wie ist eine Anti-Varicellen-Immunglobulingabe bei Varicelleninkubation des Neugeborenen zu codieren?
Antwort	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
Z24.6 Z29.1 Z38.0#	Notwendigkeit der Impfung gegen Virushepatitis Immunprophylaxe Einling, Geburt im Krankenhaus
Frage	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.
Antwort	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 Spitalspflege durchzuführen. Eine Aufnahme ist nur bei Krankenanstaltenbedürftigkeit zulässig, ansonsten ist das Kind in einem mit der Mutter in Spitalspflege zu nehmen.

Code	Bezeichnung
Z04.8 Z38.0# Z76.1#	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen näher bezeichneten Gründen Einling, Geburt im Krankenhaus Gesundheitsüberwachung und Betreuung eines Findelkindes
Frage	Wie erfolgt die Codierung des Aufenthaltes eines gesunden Kindes bei der anonymen Geburt?
Antwort	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
C50.0–C50.9 Z42.1	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] Nachbehandlung unter Anwendung plastischer Chirurgie der Mamma
Frage	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?
Antwort	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
Z52.4	Nierenspender
Frage	Wann ist diese Diagnose zu codieren? Sind hier auch ambulante Voruntersuchungen zu erfassen?
Antwort	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
Z76.9	Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt
Frage	Können Begleitpersonen mit Z76.9 codiert werden?
Antwort	Begleitpersonen sind nicht aufzunehmen und nicht zu codieren.

2.6 Codierung von ORPHAcodes

Seit 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 2027 bildet die verbindliche Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation in Österreich im Jahr 2027.

Der Leistungskatalog umfasst stationäre und ambulante Prozeduren:

- 881 stationäre Leistungen (große Operationen etc.)
- 958 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 graublau 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 2027 werden die folgenden Auszüge zur Verfügung gestellt:

Leistungskatalog BMASGPK 2027– Codierung stationär

- 881 stationäre Leistungen
- 958 Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind

Leistungskatalog BMASGPK 2027 – Codierung ambulant

- 958 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 Resteklasse, 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 ambulanten 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 Seitenlokalisation

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 – Seitenlokalisation.

Bei fehlender Angabe der Seitenlokalisation 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 2027 – 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:

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

JH090	Vasektomie (LE=je Sitzung)
JJ050	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JJ060	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung)
QB010	Dermolipektomie – Abdomen (LE=je Sitzung)
QC010	Dermolipektomie – Oberarm (LE=je Sitzung)
QD010	Dermolipektomie – Oberschenkel (LE=je Sitzung)
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
QE100	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)
QE140	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)
QE160	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)
QE180	Mammaaugmentation (LE=je Seite)
QZ110	Liposuktion bei gesicherter Indikation (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
AJ510 PF520	Elektroneurographie (ENG) (LE=je Sitzung) Elektromyographie (EMG) (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-942
Frage	Wie ist eine kombinierte EMG-ENG-Untersuchung zu codieren?
Antwort	Bei einer kombinierten EMG-ENG-Untersuchung sind beide Katalogpositionen zu codieren.

Code	Bezeichnung
AM510 AM540 ZZ540	Psychiatrisches Erstgespräch und Statuserhebung (LE=je Sitzung) Psychiatrische Testung (LE=je Sitzung) Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-957
Frage	Wie sind psychiatrische Untersuchungen zu codieren?
Antwort	Die Leistung AM510 ist nur beim psychiatrischen Erstgespräch mit Statuserhebung 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
AM520	Klinisch-psychologische Exploration (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
AM530	Kurze klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
AM535	Ausführliche klinisch-psychologische Testung (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
Hinweis	01-943
Frage	Wie ist bei einer klinisch-psychologischen Untersuchung unter Zuhilfenahme von standardisierten psychologischen Testverfahren zu codieren?
Antwort	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
AN520	Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-978
Frage	Wie kann die Befundung von Schlaflabor-Geräteauswertungen codiert werden?
Antwort	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
BB510	Tränenfilmdiagnostik (LE=je Sitzung)
Hinweis	02-944
Frage	Wann ist diese Leistung zu codieren?
Antwort	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
BE510 BZ989	Gonioskopie (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Auge (LE=je Sitzung)
Hinweis	02-945
Frage	Wie ist eine Spaltlampenuntersuchung zu codieren?
Antwort	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
BZ540	Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut (LE=je Sitzung)
Hinweis	02-979
Frage	Wie ist eine Fremdkörperentfernung durch eine Bindehautspülung zu codieren?
Antwort	Eine Fremdkörperentfernung durch Bindehautspülung ist unter BZ540 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
CE510 CZ989	Nystagmusprüfung (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Ohr (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-946
Frage	Wann ist die Leistung „CE510 – Nystagmusprüfung“ zu codieren?
Antwort	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
GA540 GZ989	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Atmungssystem, Sprachsystem (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-980
Frage	Kann die Entfernung von Nasentamponaden unter GA540 codiert werden?
Antwort	Die Entfernung von Nasentamponaden ist nicht unter GA540 zu codieren und kann ggf. unter GZ989 erfasst werden.
Hinweis	03-1013
Frage	Wie ist die Entfernung von Doyles-Schienen aus der Nase zu codieren?
Antwort	Die Entfernung von Doyles-Schienen aus der Nase ist ebenso wie die Entfernung einer Nasentamponade unter GZ989 zu codieren.

Code	Bezeichnung
GZ530	Gewebsentfernung/Koagulation im Nasenrachenraum (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-958
Frage	Wie ist eine Radiofrequenztherapie der unteren Nasenmuschel zu codieren?
Antwort	Die RF-Therapie der unteren Nasenmuschel ist unter GZ530 zu codieren.
Hinweis	03-959
Frage	Wie ist eine Verkleinerung des Gaumens/Gaumensegels mit Radiofrequenz zu codieren?
Antwort	Eine Radiofrequenztherapie des Gaumens/Gaumensegels ist unter GZ530 zu codieren.

Code	Bezeichnung
DL510 GL510 GL550	Ergometrie (LE=je Sitzung) Spirometrie (LE=je Sitzung) Spiroergometrie (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-947
Frage	Wie ist bei einer Spiroergometrie (Ergospirometrie) zu codieren?
Antwort	Eine Spiroergometrie ist unter GL550 zu erfassen. DL510 oder GL510 sind nur bei alleiniger Ergometrie oder Spirometrie zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
EZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Herz-Kreislaufsystem (LE=je Sitzung)
ZE540	Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband)
Hinweis	05-981
Frage	Ist unter ZE540 auch das Anlegen eines Kompressionsstrumpfes zu codieren?
Antwort	Das Anziehen eines Kompressionsstrumpfes ist nicht unter ZE540 zu codieren sondern unter EZ989.

Code	Bezeichnung
FC530	Manuelle Lymphdrainage (LE=je Sitzung)
FC540	Apparative Lymphdrainage (LE=je Sitzung)
FC550	Komplexe physikalische Entstauungstherapie (LE=je Sitzung)
ZE540	Anlegen eines Kompressionsverbands zur Entstauungstherapie (LE=je Verband)
Hinweis	05-948
Frage	Wie sind die Leistungen zur Entstauungstherapie bei Lymphödem zu codieren?
Antwort	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
HZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-950
Frage	Wie sind ein H2-Atemtest oder ein C13-Atemtest zu codieren?
Antwort	Atemtests wie der H2- oder der C13-Atemtest sind unter „HZ989 – Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Verdauungssystem (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JK030 JZ989	Curettage (LE=je Sitzung) 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
JQ520	Kardiotokographie (CTG) (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-952
Frage	Wann ist JQ520 zu codieren?
Antwort	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
JZ530 JZ541	Zystoskopie (LE=je Sitzung) Entfernung von Fremdkörpern aus dem Harntrakt (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-953
Frage	Wie ist die Entfernung eines Double-J-Katheters zu codieren?
Antwort	Die Entfernung eines Double-J-Katheters ist unter JZ541 zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN861	MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-982
Frage	Was ist bei der Codierung von ZN861 zu beachten?
Antwort	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: • EM510 – Sonographie der abdominellen Gefäße (LE=je Sitzung) • ZC520 – Sonographie des Unterbauches/des Beckens (LE=je Sitzung) • ZN590 – Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung) • ZZ540 – Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)

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

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

Code	Bezeichnung
QZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung)
QZ770	Konservative Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-985
Frage	Ist QZ770 auch zu codieren, wenn es sich um eine Wundkontrolle nach einer akuten Verletzung/OP handelt?
Antwort	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
PA510	Knochendichtemessung (LE=je Sitzung)
ZA010	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZB010	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
ZC010	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZD010	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE010	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-401
Frage	Wie ist eine Knochendichtemessung, die mit einem Computertomographen durchgeführt wird, zu codieren?
Antwort	Jede Knochendichtemessung ist unter PA510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
NE510	Sonographie der kindlichen Hüften (LE=je Sitzung)
PZ510	Sonographie des Bewegungsapparates (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-954
Frage	Bis zu welchem Alter ist NE510 zu codieren?
Antwort	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
LM511 ZN540	Punktion der Brusthöhle (LE=je Sitzung) Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-955
Frage	Wie ist eine nicht ultraschallgezielte Thoraxdrainage (z.B. mit ThoraVent®) zu codieren?
Antwort	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
HZ510 ZN595 ZN590	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung) Endosonographie (LE=je Sitzung) Transrektale oder transvaginale Sonographie (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-956
Frage	Wie ist die Leistung „ZN595 – Endosonographie“ zu codieren?
Antwort	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
HH020 HK530 HZ552	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Proktoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1015
Frage	Wie ist bei einer Endoskopie mit Polypektomie in mehreren Darmabschnitten, z.B. im Rektum und im Kolon, zu codieren?
Antwort	Es ist nur HH020 zu codieren. Die anderen Leistungen sind inkludiert. Anmerkung: Zur Vereinfachung der Bearbeitung erfolgt bei Dokumentation der inkludierten Leistungen an Stelle eines zu korrigierenden Warnings ein Bepunktungs- ausschluss über die MELMEL.

Code	Bezeichnung
HF030 ZN530	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung) Anlage oder Wechsel einer Sonde oder Drainage über eine präformierte Körperöffnung (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1016
Frage	Ist der Wechsel eines Gastrotubes auf einen MIC-KEY-Button unter HF030 zu codieren?
Antwort	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
FV046	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen peripheren Shunt (LE=je Sitzung)
FV047	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen Dialysekatheter (LE=je Sitzung)
ZX510 bis ZX899	Transfusions-/Transplantationsdiagnostik/Immungenetik (LE=je ambulanten Besuch) Sonstige Laboranalysen (LE=je ambulanten Besuch)
ZZ540	Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
ZZ550	Nicht-ärztliches Gespräch und Untersuchung, Statuserhebung (LE=je Sitzung)
ZZ573	Intravenöse Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)
Hinweis	17-949
Frage	Welche Leistungen sind bei ambulanten Besuchen mit Hämodialysen zu codieren?
Antwort	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. Anmerkung: 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
ZN740	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-1017
Frage	Mit welcher Anzahl ist die Leistung ZN740 zu codieren, wenn im Rahmen eines ambulanten Kontakts mehrere der in der Leistungsbeschreibung angeführten Therapien angewendet wurden?
Antwort	Die Leistung ZN740 ist mit der Anzahl 1 zu erfassen, wenn im Rahmen eines ambulanten Kontakts eine oder mehrere der in der Leistungsbeschreibung dargestellten Behandlungen erfolgen, z. B. Ultrareizstrom, Iontophorese, Kurzwelle, Mikrowelle. Allgemein kann gesagt werden, dass Leistungen, die mit „je Sitzung“ hinterlegt sind, im Rahmen eines ambulanten Kontakts nur einmal zu erfassen sind. Dies gilt auch dann, wenn mehrere Leistungen des Hauskatalogs auf diese Leistung umschlüsseln und diese – was naheliegend ist – zu verschiedenen Uhrzeiten erbracht werden.

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

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

Code	Bezeichnung
ZN870 ZZ540	Präoperative anästhesiologische Untersuchung (LE=je Sitzung) Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-986
Frage	Was ist bei der Codierung von ZN870 zu beachten?
Antwort	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
ZN881 ZN882 ZN883 ZN884 ZN885 ZZ540	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)
Hinweis	18-987
Frage	Was ist bei der Codierung von Vorsorgeuntersuchungen zu beachten?
Antwort	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
ZN884	Vorsorgeuntersuchung – Koloskopie (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-1074
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Vorsorgekoloskopie gemäß nationalem Vorsorgeprogramm auch eine Polypektomie erfolgt?
Antwort	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
ZZ540	Fachspezifische Untersuchung (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-1012
Frage	Mit welchen Leistungen kann ZZ540 nicht erfasst werden?
Antwort	ZZ540 ist nicht zusätzlich zu anderen Leistungen zu erfassen, die Anamnese und körperliche Untersuchung beinhalten, das sind jedenfalls: • AM510 Psychiatrisches Erstgespräch und Statuserhebung (LE=je Sitzung) • ZN860 MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft ohne Sonographie (LE=je Sitzung) • ZN861 MKP: Routineuntersuchung in der Schwangerschaft mit Sonographie (LE=je Sitzung) • ZN865 MKP: Routineuntersuchung des Kindes (LE=je Sitzung) • ZN870 Präoperative anästhesiologische Untersuchung (LE=je Sitzung) • ZN881 bis ZN885 Vorsorgeuntersuchungen (LE=je Sitzung) Eine Kombination mit anderen diagnostischen/therapeutischen Leistungen wie z.B. EKG (DE510) ist möglich.

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

Code	Bezeichnung
ZZ630	Ausführliche Medikationsanalyse bei Polypharmazie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	18-988
Frage	Wann ist die Leistung ZZ630 zu codieren?
Antwort	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. Nicht: Medikationsanalyse im Rahmen der ärztlichen Konsultation

Code	Bezeichnung
AP520	Regionalanästhesie (LE=je Sitzung)
AP521	Lokalanästhesie (exkl. Oberflächenanästhesie) (LE=je Sitzung)
AP530	Allgemeinanästhesie mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation (LE=je Sitzung)
AP540	Analosedierung (LE=je Sitzung)
AP541	Sedierung (LE=je Sitzung)
Hinweis	23-1075
Frage	Wann sind die im Leistungskatalog enthaltenen Anästhesieleistungen zu codieren?
Antwort	Die im Leistungskatalog enthaltenen Anästhesieleistungen sind grundsätzlich bei allen ambulanten Besuchen zu codieren. Anmerkung: 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
AA080	Entfernung einer intrazerebralen Raumforderung der Großhirnhemisphären (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-720
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine intrazerebrale Raumforderung stereotaktisch gezielt aufgesucht wird, aber nur eine teilweise Entfernung des Tumors erfolgt?
Antwort	Es ist unter AA080 zu codieren.

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

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

Hinweis	01-827
Frage	Wie ist der Wechsel bzw. die Revision einer Ventrikeldrainage zu codieren?
Antwort	Auch die Revision einer Ventrikeldrainage mit Eröffnung und Verschluss der Schädeldecke ist unter AD020 zu codieren.
Hinweis	01-1020
Frage	Wie ist der Wechsel einer Drainage bei vorhandenem Bohrloch zu codieren?
Antwort	Der Wechsel einer Drainage bei vorhandenem Bohrloch ist nicht zu codieren. AD020 ist nur zu codieren, wenn auch der Schädel eröffnet wird.

Code	Bezeichnung
AD040	Entleerung eines Epiduralhämatomes (LE=je Sitzung)
AD050	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD060	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-809
Frage	Wie ist die Ausräumung eines kraniellen Abszesses zu codieren?
Antwort	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.

Code	Bezeichnung
AD050	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD060	Entleerung eines Subduralhämatoms durch Kraniotomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-093
Frage	Wie ist eine beidseitige Kraniotomie bei chronischem Subduralhämatom in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	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
AA100	Entfernung einer Raumforderung des Hirnstammes (LE=je Sitzung)
AA110	Entfernung einer intrazerebellären Raumforderung (LE=je Sitzung)
AE040	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus facialis (LE=je Sitzung)
AE050	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression des Nervus trigeminus (LE=je Sitzung)
AE060	Intrakranielle mikrovaskuläre Dekompression anderer Strukturen (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-916
Frage	Wie ist die Resektion eines Akustikusneurinoms am Kleinhirn-Brücken-Winkel zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter AE060 (hier: N. vestibulocochlearis) zu codieren.
Hinweis	01-1021
Frage	Wie ist die Entfernung eines Vestibularisschwannoms zu codieren?
Antwort	Die Entfernung eines Vestibularisschwannoms ist unter AE060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
AN010	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
AN520	Schlafapnoe-Diagnostik mit mobilem Gerät (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1056
Frage	Sind unter AN010 auch Oxykardiorespirographien bei Neugeborenen zu codieren?
Antwort	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
EA030	Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-094
Frage	Wie ist die Klippung zweier Aneurysmen des Circulus arteriosus cerebri zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „EA030 – Clippung eines intrakraniellen Aneurysmas“ zu codieren. Die Leistungseinheit ist je Sitzung definiert.

Code	Bezeichnung
LA040	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
LA050	Rekonstruktion des Gehirnschädels mit einfachem Implantat (LE=je Sitzung)
LA060	Rekonstruktion von Defekten des Gehirnschädels mit CAD-Implantat (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-118
Frage	Wie ist eine Defektdeckung nach osteoklastischer Trepanation zu codieren?
Antwort	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
AA140	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, einseitig (LE=je Sitzung)
AA150	Elektrodenimplantation zur Tiefenhirnstimulation, beidseitig (LE=je Sitzung)
AH030 bis	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
AH050	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-627
Frage	Wie ist die Implantation von Elektroden und Impulsgenerator bei der Tiefenhirnstimulation zu codieren?
Antwort	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
AH030 bis	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
AH050	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-628
Frage	Wie ist der Wechsel eines Impulsgenerators zu codieren?
Antwort	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
AF030	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation)
AF040	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation)
AH030 bis	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 4-polig, nicht wiederaufladbar (LE=je Applikation)
AH050	Implantation eines Impulsgenerators zur Neuromodulation – 16-polig, wiederaufladbar (LE=je Sitzung)
AJ189	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-824
Frage	Ist auch die Implantation von Testelektroden unter AF030 oder AF040 zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	01-1097 (neu)
Frage	Ist die Codierung von AF030 bzw. AF040 auch ohne vorherige Implantation von Testelektroden zulässig?
Antwort	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
AF030	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 4-polig (LE=je Applikation)
AF040	Elektrodenimplantation zur Neuromodulation, 8-polig (LE=je Applikation)
Hinweis	01-713
Frage	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?
Antwort	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
AG070	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung)
AP020	Implantation eines Epidural-/Intrathekalkatheters mit Port (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-101
Frage	Wie erfolgt die Codierung eines Epiduralkatheters, eines Epidural- oder Intrathekalkatheters mit Port bzw. eines implantierbaren Pumpensystems zur Schmerztherapie?
Antwort	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
AG070	Implantation eines Pumpensystems zur Schmerztherapie (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-626
Frage	Wie ist zu codieren, wenn vor der Implantation einer Schmerzpumpe eine Katheterimplantation mit temporärer Schmerztherapie erfolgt?
Antwort	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
AK060	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-756
Frage	Kann ein intraoperatives Monitoring des N. recurrens unter „AK060 – Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus“ codiert werden?
Antwort	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
AF020	Neurolyse bei Tethered Cord Syndrom (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-852
Frage	Bei welchen Eingriffen ist die Leistung AF020 zu codieren? Ist diese Leistung auch zu codieren, wenn im Rahmen anderer Operationen „Neurolysen“ erfolgen?
Antwort	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.
Hinweis	01-828
Frage	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?
Antwort	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
AF059 AG050 LH199	Sonstige Operation – Rückenmark/Rückenmarkshäute (LE=je Sitzung) Verschluss des Rückenmarkskanals (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-709
Frage	Wie ist die Revision eines Liquorlecks (z.B. nach Operation eines Tumors im Bereich der Wirbelsäule) zu codieren?
Antwort	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
AG020	Entfernung einer epiduralen Raumforderung im Bereich der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-871
Frage	Wann ist die Leistung AG020 zu codieren?
Antwort	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
AG020 LZ032	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)
Hinweis	01-917
Frage	Wie ist ein Revisionseingriff mit Ausräumung eines Hämatoms im Bereich der Wirbelsäule bzw. des Rückenmarks zu codieren?
Antwort	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
LD051	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der thorakolumbalen/gesamten Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1110 (neu)
Frage	Wie sind Osteosynthesen an der zervikalen Wirbelsäule über 4 und mehr Etagen zu codieren?
Antwort	Eine Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule über 4 Etagen ist unter LD051 mit Anzahl 4 zu codieren. Der Hinweis, nachdem Osteosynthesen über 4 und mehr Etagen 1x je Sitzung unter LH110 zu erfassen sind, gilt nur für die thorakolumbale Wirbelsäule.

Code	Bezeichnung
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. Anmerkung: Für die Abrechnung dieser Leistungen ist eine Genehmigung des zuständigen Fonds erforderlich.

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

Code	Bezeichnung
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 thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage)
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der thorakolumbalen/gesamten Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-102
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. Beispiel: 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 LH091	Cageimplantation an der thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage) 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
LD051 LD052 LH071 LH091	Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LE=je Etage) Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule mittels Cage/Plattensystemen (LE=je Etage) Cageimplantation an der thorakolumbalen Wirbelsäule (LE=je Etage) Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
Hinweis	01-1022
Frage	Wie sind Operation an der Wirbelsäule mit verschraubbaren Cages zu codieren?
Antwort	Die Implantation verschraubarer Cages ist unter LD052 bzw. 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
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
Hinweis	01-801
Frage	Was versteht man unter einer Etage? Wie ist die Leistungsanzahl im traumatologischen Bereich zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	01-961
Frage	Wie sind Operationen an der Wirbelsäule mit Erweiterung bestehender Osteosynthesen zu codieren?
Antwort	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. Beispiel: 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)
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-1111 (neu)
Frage	Ist bei Revisions- bzw. Verlängerungsstabilisierungen an der Wirbelsäule die Leistung LZ010 zusätzlich zu LH091 zu codieren, wenn vom vorhandenen Osteosynthesematerial ausschließlich ein Stab/die Stäbe entfernt werden?
Antwort	Wenn bei Revisionsoperationen an der Wirbelsäule im Zuge der Revision bzw. Verlängerung die Stäbe getauscht und die Pedikelschrauben belassen werden, ist LZ010 nicht zu codieren. LZ010 ist ausschließlich bei der Entfernung von im Knochen verankertem Osteosynthesematerial zu erfassen.

Code	Bezeichnung
LH091	Osteosynthese an der thorakolumbalen Wirbelsäule (Pedikel/Wirbelkörper) (LE=je Etage)
LH110	Langstreckige Osteosynthese an der thorakolumbalen/gesamten 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 an der thorakolumbalen Wirbelsäule 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
LG010 LZ033 QZ109	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)
Hinweis	01-105 (aktualisiert)
Frage	Wie ist eine Operation eines Sakralteratoms ohne intraabdominalen Anteil zu codieren?
Antwort	Eine Operation eines Sakralteratoms ohne intraabdominalen Anteil ist 1x unter LZ033 zu codieren.

3.8.1.4 Periphere Nerven und Vegetativum

Code	Bezeichnung
AJ140 AK010	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung) Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-853
Frage	Welche Eingriffe sind unter den Leistungen AJ140 bzw. AK010 zu erfassen und welche nicht?
Antwort	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
AJ140 AK010	Perkutane Koagulation peripherer Nervenfasern (LE=je Sitzung) Perkutane Koagulation vegetativer Ganglien (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-109
Frage	Wie sind Facettendeneravierungen zu codieren?
Antwort	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: Facettendenerverierung. Dabei handelt es sich um offene Eingriffe mit operativer Freilegung der Spinalwurzeln bzw. des Rückenmarks und Durchtrennung der entsprechenden Nervenbahnen.

Code	Bezeichnung
AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)
AJ100	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
AJ120	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	01-106
Frage	Wie ist die Dekompression peripherer Nerven zu codieren?
Antwort	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
AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	01-631
Frage	Wie ist eine beidseitige Operation bei Karpaltunnelsyndrom zu codieren?
Antwort	Eine offene Dekompression des rechten und linken Nervus medianus ist unter „AJ070 – Dekompression des Nervus medianus – offen“ mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
AJ130	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)
AJ189	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-930
Frage	Wie sind Neurektomien (z.B. beim Morton-Neurom) zu codieren?
Antwort	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 Tumoresektion unter Schonung des Nerven z.B. bei Neurofibrom, Schwannom erfolgt.

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

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

Code	Bezeichnung
AK060	Implantation eines Systems zur Stimulation des Nervus vagus (LE=je Sitzung)
Hinweis	01-854
Frage	Wie ist der Wechsel eines Impulsgenerators bei einem System zur Stimulation des Nervus vagus zu codieren?
Antwort	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
BA010 BA540	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite) Inzisionen/Exzisionen an den Lidern/Augenbrauen (LE=je Sitzung)
Hinweis	02-112
Frage	Was ist unter „BA010 – Korrektur des Augenlids“ zu codieren?
Antwort	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
BA010 BA020	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite) Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
Hinweis	02-113
Frage	Wie ist eine Blepharoplastik zu codieren?
Antwort	Die Blepharoplastik ist 1x pro Seite unter „BA010 – Korrektur des Augenlids“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
BA020	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
Hinweis	02-110
Frage	Wie ist eine plastische Rekonstruktion an beiden Augenbrauen in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	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
BA020	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Seite)
Hinweis	02-111
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine plastische Operation beidseits an den Ober- und Unterlidern sowie an den Augenbrauen durchgeführt wurde?
Antwort	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
BB010	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Seite)
BB020	Rekonstruktion der Tränenwege – endoskopisch, endoluminal (LE=je Seite)
BB520	Sondierung und Spülung der Tränenwege (LE=je Sitzung)
Hinweis	02-689
Frage	Kann eine Tränenwegssondierung unter BB010 oder BB020 codiert werden?
Antwort	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
BD010	Keratotomie (LE=je Seite)
Hinweis	02-990
Frage	Wie ist die Operation eines Keratokonus mittels "Corneal Crosslinking" zu codieren?
Antwort	Die Operation eines Keratokonus mittels "Corneal Crosslinking" ist unter BD010 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
BF015	Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)
Hinweis	02-719
Frage	Wie ist eine "clear-lense-extraction" zu codieren?
Antwort	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
BF030	Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse (LE=je Seite)
Hinweis	02-114
Frage	Wie ist die Implantation einer Artisanlinse zu codieren?
Antwort	Die Implantation einer Artisanlinse ist 1x pro Seite unter „BF030 – Isolierte Implantation oder Wechsel einer Linse“ zu codieren.

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

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

Code	Bezeichnung
BH010	Bulbusnaht (LE=je Seite)
BH079	Sonstige Operation – Augapfel (LE=je Seite)
Hinweis	02-991
Frage	Wie ist eine Bindehautnaht nach Verletzung zu codieren?
Antwort	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
BJ020	Korrekturoperation an den geraden Augenmuskeln (LE=je Seite)
BJ030	Kombinierte Korrekturoperation an den geraden und schrägen Augenmuskeln (LE=je Seite)
Hinweis	02-832
Frage	Wie ist die isolierte Operation eines schrägen Augenmuskels zu codieren?
Antwort	Die isolierte Operation eines schrägen Augenmuskels ist unter BJ030 zu codieren.

3.8.3 Kapitel 03 – Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht, Gesichtsschädel, Hals

3.8.3.1 Ohr

Code	Bezeichnung
CA040	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite)
Hinweis	03-895
Frage	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?
Antwort	Für die Codierung von „CA040 – Resektion am äußeren Gehörgang“ ist eine Abtragung am Knochen erforderlich. Oberflächliche Exzisionen sind hier nicht zu erfassen.

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

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

Code	Bezeichnung
CB020	Myringoplastik (LE=je Seite)
CB030	Tympanoplastik mit Kettenrekonstruktion (LE=je Seite)
CB050	Revision des Mastoids (LE=je Seite)
Hinweis	03-119
Frage	Wie ist bei einer Revision des Mastoids und des Mittelohrs mit Rekonstruktion der Gehörknöchelchenkette zu codieren?
Antwort	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
CB050	Revision des Mastoids (LE=je Seite)
CB089	Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung)
CC010	Resektion einer Raumforderung am inneren Gehörgang (LE=je Seite)
Hinweis	03-1023
Frage	Wie ist eine Tumorsektion im Mittelohr, z.B. bei einem Glomus-tympanicum-Tumor, zu codieren?
Antwort	Die Tumorsektion im Mittelohr kann unter „CB050 – Revision des Mastoids (LE=je Seite)“ subsummiert werden.

3.8.3.2 Nase und Nebenhöhlen

Code	Bezeichnung
GA020	Korrektur der äußeren Nase (Rhinoplastik) (LE=je Sitzung)
PZ520	Reposition bzw. Repositionsversuch (LE=je Applikation/Prothese/Stent)
Hinweis	03-123
Frage	Wie erfolgt die Codierung der Aufrichtung der Nase ohne Operation?
Antwort	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
GA030	Korrektur des Nasenseptums (Septumplastik) (LE=je Sitzung)
GB020	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
GB040	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-129
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Operation an den Nasennebenhöhlen ein Nasensporn entfernt wird?
Antwort	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
GB010	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – offen (LE=je Sitzung)
GB020	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 1. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
GB030	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – offen (LE=je Sitzung)
GB040	Sanierung der Nasennebenhöhlen der 2. Reihe – endoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-128
Frage	Wie ist bei einer endoskopischen Operation an den Nasennebenhöhlen mit Umstieg auf eine offene Operation zu codieren?
Antwort	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
HA030	Lippenverschluss, Gaumenverschluss, Fistelverschluss (LE=je Sitzung)
HA069	Sonstige Operation – Mundhöhle (LE=je Sitzung)
HA520	Durchtrennung eines Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchens (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-134
Frage	Wie ist die Durchtrennung des Zungenbändchens bei einer Frenulum-linguae-Verkürzung zu codieren?
Antwort	Die Durchtrennung des Zungenbändchens ist 1x unter HA520 zu codieren.

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

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

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

Code	Bezeichnung
HD100	Uvulo-Palato-Pharyngealplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-874
Frage	Wann ist die Leistung HD100 zu codieren?
Antwort	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
LB080	(aufbauende) Alveolarkammplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-131
Frage	Wie ist eine Alveolarkammplastik mit Unterkieferosteotomie und Einsetzen von 2 Endodistraktionsgeräten zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „LB080 – (aufbauende) Alveolarkammplastik“ zu codieren.

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

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

Code	Bezeichnung
LZ100	Operative Entfernung mehrerer retinierter Zähne/eines dystopen Zahnes (LE=je Sitzung)
LZ520	Entfernung eines retinierten Zahnes (LE=je Zahn)
Hinweis	03-903
Frage	Unter welcher Leistung ist die Entfernung retinierter Zähne zu codieren? Was ist bei der Codierung dieser Leistungen zu beachten?
Antwort	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
FA010	Adenotomie (LE=je Sitzung)
FA020	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)
FA030	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-135
Frage	Wie sind Tonsillektomien und Adenotomien zu codieren?
Antwort	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
FA020	Tonsillotomie (LE=je Sitzung)
FA030	Tonsillektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-896
Frage	Ist eine „intrakapsuläre Tonsillektomie“ unter FA020 Tonsillotomie oder unter FA030 Tonsillektomie zu codieren?
Antwort	Der Begriff „intrakapsuläre Tonsillektomie“ ist ein Synonym für „Tonsillotomie“. Sie ist unter FA020 zu codieren.

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

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

Code	Bezeichnung
GD035	Mikrochirurgischer Eingriff am Larynx (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-897
Frage	Ist die intralaryngeale Injektion unter GD035 zu erfassen?
Antwort	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
GD050 GD060 GD080	Teilresektion des Larynx (LE=je Sitzung) Totalresektion des Larynx (LE=je Sitzung) Rekonstruktion des Larynx (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-143
Frage	Wie ist eine Laryngektomie mit Myotomie und Einnähen einer Sprachprothese zu codieren?
Antwort	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
HD060 HD129	Resektion von Raumforderungen am Oro-/Hypopharynx (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Pharynx, Tonsillen (LE=je Sitzung)
Hinweis	03-795
Frage	Wie ist eine Abtragung und Vaporisation von hypertrophem Gewebe im Bereich der Seitenstränge zu codieren?
Antwort	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
GE089 GE080 GE081	Sonstige Operation – Trachea (LE=je Sitzung) Tracheotomie – offen (LE = je Sitzung) Tracheotomie – perkutan (LE = je Sitzung)
Hinweis	03-145
Frage	Wie ist eine Tracheotomie zu codieren?
Antwort	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. Anmerkung: Im TISS-28 ist das Item Intervention einfach (Intervention mehrfach bei weiteren Interventionen) zu erfassen.

3.8.4 Kapitel 04 – Atmungssystem, Thorax

Code	Bezeichnung
GF040 GF050 GG015	Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Pleurektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-150
Frage	Wie ist eine Pleurodese zu codieren?
Antwort	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
GF070	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF080	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF091	Anatomische Segmentresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF092	Anatomische Segmentresektion der Lunge – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-1079
Frage	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?
Antwort	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. Anmerkung: Es erfolgt keine zusätzliche Bepunktung.

Code	Bezeichnung
GF050	Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
LJ059	Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)
ZN540	Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-834
Frage	Wie ist die Anlage einer Bülow-Drainage über Minithorakotomie zu erfassen?
Antwort	Die Minithorakotomie ist unter LJ059 zu erfassen. Für die Bülow-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
LJ030	Korrektur angeborener Fehlbildungen der Thoraxwand – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-1058
Frage	Wie ist die Operation einer Kielbrust bzw. anderer sich im Kindesalter entwickelnder Thoraxdeformitäten zu codieren?
Antwort	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
GF060 LJ059	Rethorakotomie nach operativem Eingriff (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Thorax, Thoraxwand (LE=je Sitzung)
Hinweis	04-148
Frage	Sind sekundäre Wundverschlüsse nach thorakalen Operationen am Folgetag als Rethorakotomie oder als sonstige Operation zu codieren?
Antwort	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
DA100	Korrektur angeborener Herzfehler ohne Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1080
Frage	Wie ist die Korrektur angeborener Fehlbildungen an der Aorta zu codieren?
Antwort	Eine eigene Leistung für Operationen bei Fehlbildungen der Aorta gibt es nicht. Operationen bei Fehlbildungen der Aorta können unter der Leistung DA100 subsummiert werden.

Code	Bezeichnung
DA080	Perkutaner Verschluss von Defekten des intrakardialen Septums (ASD, VSD) (LE=je Sitzung)
DA110	Korrektur angeborener Herzfehler mit HLM (isolierter ASD, isolierter VSD) (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-835
Frage	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?
Antwort	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.

Code	Bezeichnung
DA110	Korrektur angeborener Herzfehler mit Herzlungenmaschine (isolierter ASD, isolierter VSD) (LE=je Sitzung)
DA120	Korrektur angeborener komplexer Herzfehler mit Herzlungenmaschine (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-994
Frage	Wie sind die Leistungen DA110/DA120 zu codieren?
Antwort	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
DB070	Ersatz der Aortenklappe mit stentloser Klappe (LE=je Sitzung)
DB080	Ersatz der Aortenklappe mit gestenteter Klappe (LE=je Sitzung)
DB025	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal (LE=je Sitzung)
DB026	Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-633
Frage	Wie ist zu codieren, wenn die Aortenklappe an Stelle einer offenen Operation im Rahmen eines minimalinvasiven Eingriffs ersetzt wird?
Antwort	Die minimalinvasive Implantation der Aortenklappe ist unter „DB025 – Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transapikal“ bzw. „DB026 – Ersatz der Aortenklappe – kathetergestützt, transvaskulär“ zu codieren. Anmerkung: Für die Abrechnung der Leistung ist eine Genehmigung des zuständigen Fonds erforderlich.

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

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

Hinweis	05-780
Frage	Wie ist ein koronarer Einfachbypass mit freiem Arteria-mammaria-interna-Transplantat zu codieren?
Antwort	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.

Code	Bezeichnung
DE070	Implantation eines kardialen Monitors (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-169
Frage	Ist hier auch das Anlegen eines Eventrecorders zu codieren?
Antwort	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.

Code	Bezeichnung
DE130 DE150	Wechsel kardialer Schrittmachersonden (LE=je Sitzung) Aggregatwechsel bei einem Herzschrittmacher, Zweikammersystem (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-662
Frage	Wie ist ein Aggregatwechsel bei einem Umstieg von einem Ein- auf ein Zweikammersystem zu codieren?
Antwort	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
DG030	Implantation eines Stentgrafts – Aorta thorakal (LE=je Sitzung)
DG130	Partielle Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)
DG140	Totale Rekonstruktion des Aortenbogens in Kreislaufstillstand (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1112 (neu)
Frage	Wie ist eine Rekonstruktion der Aorta mittels Gefäßprothese mit thorakalem Stent ("Frozen Elephant") zu codieren?
Antwort	Eine kombinierte Rekonstruktion mittels chirurgischer Prothesen und Stent ist unter den Leistungen DG130 und DG030 bzw. DG140 und DG030 zu codieren

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

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

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

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

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

Code	Bezeichnung
GL060	Implantation eines Systems zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-1059
Frage	Kann GL060 auch erneut codiert werden, wenn bei bereits liegender ECMO der Oxygenator ausgetauscht wird?
Antwort	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
EF070	Extraanatomische chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
EF080	Extraanatomische chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Prothese (LE=je Seite)
EF090	Chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
EF100	Chirurgische Revaskularisation einer Oberschenkelarterie mit Prothese (LE=je Seite)
EF110	Chirurgische Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
EF120	Chirurgische Revaskularisation einer Kniekehlenarterie mit Prothese (LE=je Seite)
EF130	Chirurgische Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit autologem Gefäß (LE=je Seite)
EF140	Chirurgische Revaskularisation von Unterschenkelarterien mit Prothese (LE=je Seite)
Hinweis	05-174
Frage	Wie sind die Leistungspositionen bei der Rekonstruktion peripherer Arterien zu codieren?
Antwort	Die Leistungspositionen zur Rekonstruktion peripherer Arterien sind 1x unter der jeweiligen Leistungsposition zu codieren die den distalen, durch das Interponat revaskularisierten Gefäßabschnitt bezeichnet: • ein axillofemorale Bypass ist 1x unter EF070 oder EF080 zu codieren, • ein femorofemorale Bypass ist 1x unter EF090 oder EF100 zu codieren, • ein femoropopliteale Bypass I-III ist 1x unter EF110 oder EF120 zu codieren, • ein femorocrurale oder femorotibiale Bypass ist 1x unter EF130 oder EF140 zu codieren. 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: • ein axillofemorale und ein femoropopliteale Bypass ohne Kunststoff ist je 1x unter EF070 und EF110 zu codieren • ein femorofemorale und ein popliteocrurale Bypass ohne Kunststoff ist je 1x unter EF090 und EF130 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
EK035	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
EK530	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	05-856
Frage	Ist hierunter auch eine Schaumsklerosierung zu codieren?
Antwort	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).

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

Code	Bezeichnung
EK035	Endovenöse Obliteration der Venae saphenae (LE=je Seite)
EK079	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
EK510	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
EK520	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)
EK530	Sklerosierung von Venen der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	05-836
Frage	Wie ist die endoluminale Koagulation von Varizen mittels Radiofrequenz zu codieren?
Antwort	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
EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
EK079	Sonstige Operation – Venen (LE=je Seite)
EK510	Exhairese von Seitenastvarizen (LE=je Seite)
EK520	Isolierte Perforantesligatur (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-749
Frage	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?
Antwort	Für die Codierung von EK050 muss auf jeden Fall die Resektion der Saphena magna/parva erfolgen. Crossektomie/Perforantesligaturen können zusätzlich erfolgen.
Frage	Kann man auch bei Ligatur von 3 Perforansvenen EK050 codieren?
Antwort	Nein, bei Ligatur von 3 Perforansvenen ist EK520 zu codieren.
Frage	Wie ist die Entfernung von Rest-Saphenaanteilen am Unterschenkel, Perforansligaturen und Seitenastphlebektomien als Rezidivoperation (in einer Sitzung) zu codieren?
Antwort	Diese Eingriffe sind unter EK079, EK510, EK520 zu codieren.

Code	Bezeichnung
NJ090	Faszienspaltung an der unteren Extremität (LE=je Seite)
EK030	Endoskopische Dissektion der Perforansvenen (LE=je Seite)
EK040	Revision des Hiatus saphenus bei Rezidiv-Varikose (LE=je Seite)
EK050	Radikale Varizenoperation (Stripping) (LE=je Seite)
Hinweis	05-181
Frage	Wie ist eine einseitige radikale Varizenoperation gemeinsam mit einer endoskopischen Fasziotomie zu codieren?
Antwort	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
EQ020	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)
Hinweis	05-998
Frage	Wie ist die Resektion von venösen Malformationen und AV-Fisteln, zum Beispiel bei Klippel-Trenaunay-Syndrom, zu codieren?
Antwort	Die Resektion von venösen Malformationen und AV-Fisteln ist unter EQ020 zu codieren.
Hinweis	05-1025
Frage	Wie ist die Resektion einer AV-Malformation zu codieren?
Antwort	Die Resektion einer AV-Malformation ist unter EQ020 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
EC050	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
EP069	Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)
EQ020	Verschluss einer arterio-venösen Fistel (LE=je Seite)
Hinweis	05-1101 (neu)
Frage	Wie ist die Ligatur eines Cimino-Shunts zu codieren?
Antwort	Die Ligatur eines Cimino-Shunts ist unter „EP069 – Sonstige Operation – Arterien (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
DH040	Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-912
Frage	Welche Katheter sind unter DH040 zu codieren?
Antwort	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
EH010 DH040	Implantation eines abdomino- oder pleurovenösen Shunts (LE=je Sitzung) Implantation eines Langzeit-Zentralvenenkatheters mit/ohne Port (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-176
Frage	Wie ist die Implantation eines speziellen subkutanen Dialysesystems (Port aus Titan), das in die V. femoralis führt, zu codieren?
Antwort	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
FC015 FC018 FC150	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)
Hinweis	05-184
Frage	Wie sind Lymphadenektomien zu codieren?
Antwort	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
FC018	Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-934
Frage	Ist FC018 auch bei Hysterektomien/Entfernungen der Adnexe zu erfassen?
Antwort	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
FC030	Selektive zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite)
FC040	Radikale zervikale Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	05-1114 (neu)
Frage	Wie ist bei einer Neck Dissection zu codieren?
Antwort	FC040 ist nur bei vollständiger Entfernung aller zervikalen Lymphknoten (Level 1–5) der betroffenen Seite zu codieren. Die komplette Entfernung mehrerer Halslymphknotengruppen, z.B. der Level 1–4, ist unter FC030 zu codieren. Die Entfernung eines oder mehrerer Halslymphknoten ist unter FC015 zu codieren.

Code	Bezeichnung
FC080	Radikale mediastinale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
GF070	Keilresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF080	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF091	Anatomische Segmentresektion der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF092	Anatomische Segmentresektion der Lunge – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF100	Volume Reduction der Lunge – offen (LE=je Sitzung)
GF110	Volume Reduction – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF120	Lobektomie oder Bilobektomie – offen (LE=je Sitzung)
GF130	Lobektomie oder Bilobektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF141	Lobektomie mit Bronchusmanschettenresektion – offen (LE=je Sitzung)
GF142	Lobektomie mit Bronchusmanschettenresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF150	Lobektomie mit Bronchus- und Gefäßmanschettenresektion (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-857
Frage	Ist bei einer Lobektomie mit Entfernung der mediastinalen Lymphknoten ergänzend die Leistung FC080 zu codieren?
Antwort	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
FC110 JF010	Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung) Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)
Hinweis	05-205
Frage	Bei welchen Eingriffen ist die Entfernung eines Tumors im Retroperitoneum zu codieren? Ist die Entfernung der retroperitonealen Lymphknoten extra zu codieren?
Antwort	„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
HP030 HP040	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-195
Frage	Wann ist die Leistung „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ zu codieren?
Antwort	„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 Entero-stomas 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.
Hinweis	07-658
Frage	Wie ist die isolierte Anlage eines Enterostomas (Kolostoma, Ileostoma) zu codieren?
Antwort	Die isolierte Anlage eines Enterostomas ist unter „HP030 – Laparotomie – therapeutisch“ oder „HP040 – Laparoskopie – therapeutisch“ zu codieren.
Hinweis	07-886
Frage	Ist bei einer laparoskopischen Dickdarmresektion eine Minilaparotomie zur Entfernung des Resektats unter HP030 zu codieren?
Antwort	Die Minilaparotomie ist ein Bestandteil der Operation (ist zur Entfernung des Resektats erforderlich) und ist keinesfalls zusätzlich unter HP030 zu codieren.

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

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

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

Code	Bezeichnung
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
HP050	Relaparotomie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung)
HP060	Relaparoskopie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-813
Frage	Wie sind Relaparoskopien/Relaparotomien zu erfassen?
Antwort	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. Hinweis: In Analogie gilt die gleiche Regelung für die Codierung von Eingriffen im Thorax.

Code	Bezeichnung
HP070	Relaparotomie und Anlage/Wechsel einer intraabdominellen Vakuumversiegelung (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-805
Frage	Wann ist die Leistung HP070 zu codieren?
Antwort	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
LM030	Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung)
LM040	Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-207
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine Hiatusplastik mit Fundoplicatio durchgeführt wird?
Antwort	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
LM050	Verschluss eines Zwerchfelldefektes – offen (LE=je Sitzung)
LM060	Verschluss eines Zwerchfelldefektes – laparoskopisch, thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-189
Frage	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?
Antwort	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
HG070	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen (LE=je Sitzung)
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
Hinweis	07-197
Frage	Wie ist die Sanierung einer inkarzerierten Hernie mit Darmresektion zu codieren?
Antwort	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
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
LM090	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – laparoskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	07-905
Frage	Wie ist der Verschluss einer Inguinalhernie durch eine TEP (total extraperitoneale Hernioplastik) zu codieren?
Antwort	Minimalinvasive Leistenbruchoperationen wie die TAPP (transabdominale präperitoneale Hernioplastik) und die TEP (total extraperitoneale Hernioplastik) sind unter LM090 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
JH040	Offene Exploration des Hoden mit Exzision (LE=je Sitzung)
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
Hinweis	07-190
Frage	Wie ist die Operation bei einer einseitigen Hernia inguinalis und einer Hydrozele zu codieren, die in einer Sitzung bei einem Erwachsenen gemeinsam operiert werden?
Antwort	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
LM080	Verschluss einer Inguinal- oder Femoralhernie – offen (LE=je Seite)
HP190	Verschluss einer Leistenhernie beim Kind – offen (LE=je Seite)
Hinweis	07-191
Frage	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?
Antwort	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
LM101 LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung) Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-193
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einem laparoskopischen/laparotomischen Eingriff eine paraumbilicale Hernie mitversorgt wird?
Antwort	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
LM101 LM111	Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – offen (LE=je Sitzung) Verschluss einer Nabelhernie/epigastrischen Hernie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-933
Frage	Wie ist die Operation einer Spiegel-Hernie zu codieren?
Antwort	Auch die Operation einer Spiegel-Hernie ist unter LM101 oder LM111 zu codieren. Alle primären abdominalen Hernien sind je nach Zugang unter LM101 oder LM111 zu codieren. Dagegen sind Narbenhernien unter LM102 oder LM112 zu codieren.

Code	Bezeichnung
LM102	Verschluss einer Narbenhernie – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-921
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Operationssitzung mit zwei getrennten Schnitten je eine Narbenhernie im Oberbauch und eine Narbenhernie im Unterbauch saniert werden?
Antwort	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
HL031	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
HL032	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – offen (LE=je Sitzung)
HL041	Enukleation, Resektion oberflächlicher einzelner Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HL042	Segmentresektion, Enukleation, Resektion multilokulärer Leberläsionen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HL050	Hemihepatektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-212
Frage	Wie ist die teilweise Entnahme der Leber bei einem lebenden Leberspender zu codieren?
Antwort	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	Unter HL050 ist sowohl eine Hemihepatektomie als auch eine erweiterte Hemihepatektomie zu codieren: • rechte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente V, VI, VII, VIII (+ ggf. I) • linke Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV (+ ggf. I) • rechte erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente IV, V, VI, VII, VIII (+ ggf. I) • linke erweiterte Hemihepatektomie = Resektion der Segmente II, III, IV, V, VIII (+ ggf. I) 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. Anmerkung: Die bei einer Hemihepatektomie erforderlichen biliodigestiven Anastomosen sind zusätzlich unter HM140 zu codieren.

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

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

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

Code	Bezeichnung
HM010	Retrograde Cholangioskopie (LE=je Sitzung)
HM020	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)
HM110	Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-215
Frage	Wie ist eine intraoperative Cholangiographie (z.B. im Rahmen einer laparoskopischen Cholezystektomie) zu codieren?
Antwort	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
HM100	Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung)
HM120	Gallengangsrevision – offen (LE=je Sitzung)
HM140	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1062
Frage	Wie ist eine Rekonstruktion des Ductus hepaticus nach intraoperativer Verletzung im Rahmen einer Cholezystektomie zu codieren?
Antwort	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
HM140	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung)
HM150	Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-213
Frage	Wie ist eine biliodigestive Anastomose mit Cholezystektomie und Interposition eines Dünndarmabschnittes zu codieren?
Antwort	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
HE070	Myotomie am Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)
LM030	Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-858
Frage	Ist die bei einer Myotomie des distalen Ösophagus durchgeführte Fundoplikatio zusätzlich zu erfassen?
Antwort	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
HE110	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung)
HE130	Resektion des Ösophagus – abdomino-thorakal (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-859
Frage	Was ist der Unterschied zwischen der Leistung HE110 und der Leistung HE130?
Antwort	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.
Hinweis	07-962
Frage	Wie ist eine abdomino-zervikale Ösophagektomie zu codieren?
Antwort	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. Anmerkung: 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
HF040	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – offen (LE=je Sitzung)
HF050	Übernähung der Magen- oder Duodenalwand – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HG169	Sonstige Operation – Dünndarm (LE=je Sitzung)
HP010	Laparotomie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-201
Frage	Wie codiert man die Übernähung eines perforierten Duodenaldivertikels?
Antwort	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
HF070	Gastrojejunostomie – offen (LE=je Sitzung)
HF080	Gastrojejunostomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-778
Frage	Wie ist eine Gastroduodenostomie zu codieren?
Antwort	Eine Gastroduodenostomie ist unter HF070 oder HF080 zu erfassen.

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

Code	Bezeichnung
HF200	Korrekturoperation des operierten Magens (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-999
Frage	Ist HF200 bei jeder Operation nach Magenresektion/Magenverkleinerung zu codieren?
Antwort	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
HE110 HF210	Resektion des Ösophagus – offen (LE=je Sitzung) Erweiterte Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1026
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einer (erweiterten) Magenresektion größere Ösophagusanteile (z.B. das untere Drittel) reseziert werden?
Antwort	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 ausgedehnten Ösophagusresektionen (z.B. des unteren Drittels) ist HE110 zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
HF180	Subtotale oder totale Magenresektion mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-862
Frage	Wie ist eine laparoskopische subtotale Magenresektion mit Lymphadenektomie zu codieren?
Antwort	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
HF030	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung)
HF349	Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1060
Frage	Wie kann die Anlage einer Witzel-Fistel (Gastrostomie) codiert werden?
Antwort	Die Anlage einer Witzel-Fistel ist unter „HF349 – Sonstige Operation – Magen, Duodenum (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
HF240	Magenbypass – offen (LE=je Sitzung)
HF250	Magenbypass – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-837
Frage	Wie ist die Entfernung eines Magenbandes (als eigenständiger Eingriff oder im Zuge der Anlage eines Magen-Bypasses) zu codieren?
Antwort	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
HG070	Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-771
Frage	Wie codiert man eine isoperistaltische Koloninterposition?
Antwort	Eine isoperistaltische Koloninterposition ist nicht im Katalog abgebildet. Bis zu einer expliziten Abbildung ist die Leistung unter HG070 zu erfassen.

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

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

Code	Bezeichnung
HG060 HH190 HP030 HP040	Intestinale Dekompression des Dünndarms (LE=je Sitzung) Intestinale Dekompression des Kolons (LE=je Sitzung) Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1061
Frage	Ist „HH190 – Intestinale Dekompression des Kolons“ bzw. „HG060 – Intestinale Dekompression des Dünndarms“ auch bei Adhäsio-lysen zu codieren?
Antwort	Die Leistungen HG060 bzw. HH190 sind als offene Dekompression durch Entero- tomie 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
HH040 HP030	Appendektomie – offen (LE=je Sitzung) Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-202
Frage	Wie ist eine laparotomische Appendektomie mit Adhäsio-lyse zu codieren?
Antwort	Es ist 1x „HH040 – Appendektomie – offen“ zu codieren. Eine Adhäsio-lyse ist in der laparotomisch durchgeführten Operation enthalten.

Code	Bezeichnung
HH080– HH160	Resektion des rechten Hemikolon – offen (LE=je Sitzung) Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-779
Frage	Ist die Codierung einer der Leistungen HH080–HH140 zulässig, wenn nicht das gesamte Hemikolon entfernt wird?
Antwort	Ja, die Resektion muss nicht zwangsläufig das gesamte Hemikolon betreffen. Voraussetzung ist die Resektion sämtlicher Wandanteile und eine Anastomosierung oder die Anlage eines Enterostomas.
Hinweis	07-782
Frage	Wie ist zu codieren, wenn Resektionen mehrerer Kolonabschnitte vorgenommen werden?
Antwort	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
HG060 HH190	Intestinale Dekompression des Dünndarms (LE=je Sitzung) Intestinale Dekompression des Kolons (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-1028
Frage	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?
Antwort	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
HH230 HH240	Resektion des rechten Hemikolon – offen (LE=je Sitzung) Subtotale oder totale Resektion des Kolons – offen (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-196
Frage	Wie ist eine Hartmann-Rückoperation zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „HH230 – Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – offen“ oder „HH240 – Intestinale Rekonstruktion bei endständiger Kolostomie – laparoskopisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
HJ010	Rektopexie ohne Resektion – offen (LE=je Sitzung)
HJ030	Rektopexie mit Resektion – offen (LE=je Sitzung)
HJ050	Transanale Teilresektion der Rektumwand (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-899
Frage	Wie ist die transanale Operation eines Rektumprolapses zu codieren?
Antwort	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 trans-abdominellem Zugang zu codieren.

Code	Bezeichnung
HH269	Sonstige Operation – Kolon (LE=je Sitzung)
HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	07-200
Frage	Wie ist eine Kolonfistelübernähung zu codieren?
Antwort	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	Eingriffe ohne Vollwandexzision sind unter „HJ139 – Sonstige Operation – Rektum“ zu codieren. 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. 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. Diese Codierung ist auch bei Eingriffen am Sigmaübergang und mit Exzision von Sigmabereichen anzuwenden.

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

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	Ureterolyse – offen (LE=je Seite)
JC090	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, Zystoprostektomie – offen (LE=je Sitzung)
JD070	Zystektomie, Zystoprostektomie – 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, Zystoprostektomie – offen“ zu codieren. Die Anlage der Ersatzblase ist 1x unter „JD100 – Blasenersatz mit Darm“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JD060	Zystektomie, Zystoprostektomie – offen (LE=je Sitzung)
JD100	Blasenersatz mit Darm (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-1000
Frage	Wie ist eine Zystoprostektomie mit Anlage eines Ileum-Conduits zu codieren?
Antwort	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
JD110	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung)
JD169	Sonstige Operation – Harnblase (LE=je Sitzung)
JE051	Schlingensuspension der Urethra beim Mann (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-239
Frage	Sind unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ auch z.B. die Implantation von ACT-Ballons oder eines Schlingensystems zu codieren?
Antwort	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
JD110	Implantation einer Sphinkterprothese (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-265
Frage	Wie ist die Implantation einer Sphinkterprothese bei der Frau zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ zu codieren.
Hinweis	08-238
Frage	Ist unter „JD110 – Implantation einer Sphinkterprothese“ die Implantation eines „AMS-800-Sphinkter“ bzw. eines „Flowsecure Sphinkter“ zu codieren?
Antwort	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 Blasenhalsskulptur zu codieren?
Antwort	Eine Blasenhalsskulptur 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 Urethral-karunkels, eine Harnröhrenschlitzung oder eine Meatotomie zu codieren?
Antwort	Solche Eingriffe sind unter JE069 zu codieren. Unter JE010 oder JE030 sind nur offen-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
JD010	Transurethrale Resektion der Blase (LE=je Sitzung)
JG020	Transurethrale Resektion der Prostata (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-236
Frage	Wie ist bei gleichzeitiger transurethraler Resektion von Teilen der Blase und der Prostata zu codieren?
Antwort	Es ist 1x „JD010 – Transurethrale Resektion der Blase“ und 1x „JG020 – Transurethrale Resektion der Prostata“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
JG060 JG080	Radikale Prostatektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Radikale Prostatektomie mit pelviner Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-900
Frage	Wie sind Operationen mit dem Da-Vinci-Operationssystem zu codieren?
Antwort	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
JH010 JH020	Exploration mit Fixierung des Hodens ohne Verlagerung (LE=je Sitzung) Exploration mit Verlagerung und Fixierung des Hodens (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-865
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in der gleichen Sitzung rechts ein Gleithoden und links ein Pendelhoden operiert wird? Die Kombination JH010 mit JH020 erzeugt ein Warning.
Antwort	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. Anmerkung: Der 1. Schritt einer Fowler-Stephens-Operation ist unter „JH100 – Durchtrennung der Vasa Spermatice – 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) Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skrotum (LE=je Sitzung) Frenulotomie (LE=je Sitzung) Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Urogenitaltrakt/Geburt (LE=je Sitzung)
JH229	
JH520	
JZ989	
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
JH190 QZ070	Korrektur des Penis bei Hypospadie, Divertikel, Fistel (LE=je Sitzung) Gewebersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-237
Frage	Wie ist die operative Sanierung einer Hypospadie mit gestielter Lappenplastik ("Matthieu-Lappen") zu codieren?
Antwort	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
JJ020 HP040	Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-249
Frage	Wie ist die laparoskopische Entfernung von Endometrioseherden an Uterus und Ovar zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „HP040 – Laparoskopie – therapeutisch“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
HP030 HP050 JK179 JN060	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung) Relaparotomie nach operativem Eingriff im gleichen Aufenthalt (LE=je Sitzung) Sonstige Operation – Uterus (inkl. Cervix) (LE=je Sitzung) Naht einer Uterusruptur (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-935
Frage	Wie sind Revisionen bei Uterusnarbendehiszenz zu codieren?
Antwort	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
JC090	Ureterolyse – laparoskopisch (LE=je Seite)
JJ020	Teilentfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JJ040	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-229
Frage	Wie ist eine laparoskopische Resektion des Restovars mit Adhäsiole und Ureterolyse in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	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
JJ010	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-1030
Frage	Wie ist eine Tubektomie im Rahmen einer vaginalen Hysterektomie zu codieren?
Antwort	Eine Tubektomie im Rahmen einer vaginalen Hysterektomie ist unter JJ010 zu subsumieren.

Code	Bezeichnung
JJ030	Entfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
JJ040	Entfernung der Adnexen – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JK120	Vaginale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
JK150	Erweiterte vaginale Hysterektomie mit Entfernung der Parametrien (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-796
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei einer vaginalen Hysterektomie auch eine Entfernung der Adnexen über den vaginalen Zugang erfolgt?
Antwort	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
JJ010 JK060 JK110	Teilentfernung der Adnexe – offen, abdominal (LE=je Sitzung) Myomentfernung – offen (LE=je Sitzung) Abdominale Hysterektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-246
Frage	Wie ist die Entfernung einer Ovarialzyste im Rahmen einer Hysterektomie oder einer Myomentfernung zu codieren?
Antwort	Die Entfernung der Ovarialzyste ist 1x unter „JJ010 – Teilentfernung der Adnexe – 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
JJ020 JJ050	Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch (LE=je Sitzung) Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-250
Frage	Wie ist eine laparoskopische Tubektomie links bei Extrauterin gravidität und eine laparoskopische Tubendurchtrennung rechts in gleicher Sitzung (bei abgeschlossener Familienplanung) zu codieren?
Antwort	Die laparoskopische Tubektomie ist 1x unter „JJ020 – Teilentfernung der Adnexe – laparoskopisch“ zu codieren. Die laparoskopische Tubendurchtrennung ist 1x unter „JJ050 – Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
JJ050	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
JJ060	Tubenunterbrechung/kontrazeptive Salpingektomie – offen (LE=je Sitzung)
JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-247
Frage	Wie ist eine Tubenligatur im Rahmen eines Aufenthaltes zur Entbindung zu codieren?
Antwort	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
JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)
JK030	Curettage (LE=je Sitzung)
JK040	Ablation des Endometriums (nicht hysteroskopisch) (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-260
Frage	Wie sind Ablationen des Endometriums zu codieren?
Antwort	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	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. Bei einem Wechsel der Methode während der Entbindung ist jene Leistung zu codieren, durch die die Entbindung erfolgt ist. Beispiel: 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.

Code	Bezeichnung
JJ010	Teilentfernung der Adnexen – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
JN040	Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-245
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer Sectio eine Ovarialzyste entfernt wird?
Antwort	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
JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)
Hinweis	08-270
Frage	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.
Antwort	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.
Hinweis	08-887 (geändert)
Frage	Ist JN020 auch bei einer Totgeburt zu erfassen? Ab wann ist dies möglich?
Antwort	Die Leistung JN020 kann grundsätzlich auch bei einer Totgeburt erfasst werden, sofern eine vaginale Entbindung erfolgte. Als untere Grenze, ab der man nicht mehr von einer Fehl-, sondern von einer Totgeburt spricht, gilt ein Geburtsgewicht von 500 g. Eine Codierung der Leistung JN020 ist daher ebenfalls erst ab diesem Geburtsgewicht möglich. Dieses wird im Regelfall ab der vollendeten 21. SSW erreicht.
Hinweis	08-258
Frage	Wie ist eine manuelle Plazentalösung zu codieren?
Antwort	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 QE040 QE050 QE060 QE070 QE080 QE090	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite) Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite) Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite) Subkutane Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite) Subkutane Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite) Totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite) Totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	09-154
Frage	Wie sind Mammarresektionen zu codieren?
Antwort	Mammarresektionen sind 1x pro Seite unter der dafür vorgesehenen Leistungspositionen zu codieren. Bei verpflichtender Angabe der Seitenlokalisation ist diese mit „L“ bzw. „R“ zu kennzeichnen. Beispiel: 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 Seitenlokalisation 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
LZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
Hinweis	09-1066
Frage	Wie ist die Entfernung eines Hämatoms im Bereich der Mamma zu codieren?
Antwort	Die Entfernung von Hämatomen im Bereich der Mamma ist unter QE020 zu codieren.

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)
Hinweis	09-156
Frage	Wie ist die Operation eines Mammatumors bei einer Patientin mit einer Neoplasie unbekannter Dignität oder einem Carcinoma in situ zu codieren?
Antwort	Die Teilresektion der Mamma bei nicht ausgeschlossener Malignität ist unabhängig vom endgültigen histologischen Befund unter „QE040 – Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie“ bzw. „QE050 – Mammateil-resektion 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.

Hinweis	09-158
Frage	Wie ist bei einer Patientin zu codieren, bei der in einer Sitzung eine Mamma-Probeexzision durchgeführt wird und bei der nach dem Vorliegen des Resultats einer Schnellschnitthistologie eine brusterhaltende Operation eines Mammakarcinoms angeschlossen wird?
Antwort	Es ist 1x unter „QE040 – Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie“ bzw. „QE050 – Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie“ zu codieren. Die Probeexzision 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
QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Hinweis	09-1116 (neu)
Frage	Wie sind Mammarresektionen mit „Axilla-Sampling“ zu codieren? Was sind die Voraussetzungen, um eine der „mit axillärer Lymphadenektomie“ bezeichneten Resektionen codieren zu können?
Antwort	Mammateilresektionen mit Axillasampling sind unter QE040 zu codieren. Das Axilla-sampling entspricht der in der Beschreibung zu QE040 angeführten Entfernung des/der Sentinellymphknoten/-s. Die Leistung QE050 ist nur dann zu codieren, wenn eine vollständige Entfernung der axillären Lymphknoten erfolgt.

Code	Bezeichnung
QE020	Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite)
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-159
Frage	Wie ist die Operation eines Abszesses der Mamma zu codieren?
Antwort	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
QE030	Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)
Hinweis	09-152
Frage	Wie ist die Resektion einer Gynäkomastie zu codieren?
Antwort	Es ist 1x je Seite unter „QE030 – Entfernung einer Gynäkomastie“ zu codieren.
Hinweis	09-965
Frage	Wie ist eine Bruststraffung (Mastopexie) beim Mann zu codieren?
Antwort	Brustkorrekturen beim Mann sind unter „QE030 – Entfernung einer Gynäkomastie (LE=je Seite)“ zu erfassen.

Code	Bezeichnung
QE110	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)
QE120	Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Seite)
QE130	Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik (LE=je Seite)
Hinweis	09-163
Frage	Wie sind Mammarekonstruktionen (nach Resektion) zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	09-924
Frage	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?
Antwort	Bei kombinierten Rekonstruktionen sind beide Verfahren, z.B. QE110 und QE130 zu codieren.
Hinweis	09-966
Frage	Wie ist eine Brustrekonstruktion mit einem Omentum-Lappen zu codieren? Der Lappen wird laparoskopisch gewonnen.
Antwort	Eine Brustrekonstruktion mittels gestieltem Omentum-majus-Lappen ist unter QE130 zu codieren. Die laparoskopische Entnahme ist nicht zusätzlich zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
QE100 QE180	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite) Mammaaugmentation (LE=je Seite)
Hinweis	09-162
Frage	Wie sind Operationen bei einer Mammaasymmetrie zu codieren?
Antwort	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 QE130 QZ080	Mammarekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Seite) Mammarekonstruktion mit gestielter Lappenplastik (LE=je Seite) Gewebersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-164
Frage	Ist bei einer Mammarekonstruktion mit TRAM (Transposition eines abdominal-myocutanen Flaps gestielt oder frei) die Rekonstruktion der Bauchdecke nach Entnahme des Flaps zusätzlich zu codieren?
Antwort	Die Rekonstruktion der Bauchdecke nach Entnahme des Flaps 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 Flaps) 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
QE180	Mammaaugmentation (LE=je Seite)
QZ090	Korrektur von Lappenplastiken (LE=je Sitzung)
QZ989	Sonstige nicht operative Diagnostik/Therapie – Haut, Hautanhangsgebilde und Unterhautgewebe (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-909
Frage	Wie ist eine Brustvergrößerung mittels Eigenfettinjektion („Lipofilling“) zu codieren?
Antwort	Unterspritzungen mit Eigenfett sind im stationären Bereich nicht und im ambulanten Bereich unter QZ989 zu codieren. 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. 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).

Code	Bezeichnung
QZ010	Großflächige (> 9% KOF) Nekrosektomie an der Haut (LE=je Sitzung)
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
QZ585	Destruktion/Abtragung oberflächlicher Hautveränderungen (LE=je Sitzung)
QZ760	Chirurgische Behandlung einer chronischen Wunde (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-907
Frage	Wie sind Nekrosenabtragungen an der Haut zu codieren?
Antwort	QZ010 ist nur bei großflächigen Nekrosenabtragungen (> 9% der Körperoberfläche), wie z.B. nach Verbrennungen oder Verätzungen, zu codieren. 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. QZ585 ist nur im ambulanten Bereich bei Exkochleationen, Verätzungen etc. zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
QZ525 QZ550	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung) Wundverschluss durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-975 (aktualisiert)
Frage	Wie sind Exzisionen/Resektionen an Haut und Weichteilen zu codieren?
Antwort	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
QZ550	Wundverschluss durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-1083
Frage	Welche Arten des Wundverschlusses sind hier gemeint? Gehört ein mehrschichtiger Wundverschluss auch dazu?
Antwort	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
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ070	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
QZ080	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-976
Frage	Wie sind Rekonstruktionen und Gewebsersatz an Haut und Weichteilen zu codieren?
Antwort	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 – Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik“ oder „QZ080 – Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik“ zu codieren. Die Versorgung der Entnahmestelle ist Teil der Operation und nicht zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
NJ070	Muskeltransfer, -transplantation an der unteren Extremität (LE=je Seite)
QZ050	Spalthauttransplantation (LE=je Sitzung)
QZ070	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit gestielter myokutaner Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-908
Frage	Wie ist eine Defektdeckung an der unteren Extremität mit einem gestielten Muskellappen und Spalthauttransplantation zu codieren?
Antwort	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
QZ080	Gewebsersatz oder Rekonstruktion mit freier Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-839
Frage	Wie ist eine mikrovaskuläre Knochentransplantation zu codieren?
Antwort	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
QZ010 QZ109 QZ760	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)
Hinweis	09-792
Frage	Wie sind regionale Nekrosektomien an der Haut, wie das Ausschneiden und Anfrischen eines Dekubitus, zu codieren?
Antwort	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. Anmerkung: Nekrosektomien bei tiefen Ulzera oder Dekubitus Grad 4 sind unter LZ032 bzw. NZ032 zu codieren.

Code	Bezeichnung
LZ033 QZ525	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)
Hinweis	09-815 (aktualisiert)
Frage	Wie ist die Operation eines Sinus pilonidalis nach Karydakis zu codieren?
Antwort	Die asymmetrische Exzision des Sinus pilonidalis nach Karydakis ist unter LZ033 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
QZ109	Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-142
Frage	Wie ist bei einem ästhetischen Eingriff zur Korrektur des alternden Gesichts zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	09-369
Frage	Wie sind Operationen bei Adipositas mit Liposuction zu codieren?
Antwort	Eine Operation bei Adipositas mit Liposuction (Fettabsaugung) ist 1x je Sitzung unter „QZ109 – Sonstige Operation – Haut, Hautanhangsgebilde, Subkutis“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
QZ525 QZ550	Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht (LE=je Sitzung) Wundverschluss durch lokale Lappenplastik (LE=je Sitzung)
Hinweis	09-1032 (aktualisiert)
Frage	Wie ist die Entfernung von Lipomen zu codieren?
Antwort	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
MA030	Subakromiale Dekompression – offen (LE=je Seite)
MA040	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)
MJ010	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – offen (LE=je Seite)
MJ020	Rekonstruktion der Rotatorenmanschette – arthroskopisch (LE=je Seite)
MJ110	Muskeltransfer, -transplantation an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-283
Frage	Wie sind Operationen an der Rotatorenmanschette zu codieren?
Antwort	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
ME060	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)
MJ040	Proximale Refixation der Bizepssehne – arthroskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	10-1033
Frage	Wie ist eine arthroskopische Tenotomie der Bizepssehne zu codieren?
Antwort	Eine arthroskopische Tenotomie der Bizepssehne ist unter ME060 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
MA040	Subakromiale Dekompression – arthroskopisch (LE=je Seite)
ME030	Resektionsarthroplastik des AC-Gelenks – arthroskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	10-797
Frage	Bei der Codierung von MA040 in Kombination mit ME030 entsteht ein Warnhinweis, warum?
Antwort	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. 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. 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.

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

Code	Bezeichnung
ME120 ME130	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite) Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-927
Frage	Wie ist das Einbringen von Implantaten, z.B. zur Stabilisierung des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks, zu codieren?
Antwort	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 Gelenkersatz ersetzt wird, z.B. Oberarmkopfprothese.

Code	Bezeichnung
ME080 ME120 PA050	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)
Hinweis	10-967
Frage	Wie ist eine sogenannte J-Span-Plastik bei rezidivierender Schulterluxation zu codieren?
Antwort	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
ME120	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
Hinweis	10-1084
Frage	Wie ist eine Operation nach Bristow/Latarjet bei rezidivierenden Schulterluxationen zu codieren?
Antwort	Operationen zur Stabilisierung des Kapsel-Band-Apparates des Schultergelenks, wie z.B. eine Operation nach Bristow/Latarjet, sind unter ME120 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
ME100	Arthrolyse des Schultergelenks – offen (LE=je Seite)
ME130	Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
MZ209	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-1035
Frage	Wie ist die Implantation eines Spacers am Schultergelenk zu codieren?
Antwort	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
MB030	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)
EC050	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
AJ010	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-648
Frage	Wie sind Osteosynthesen bei Frakturen mit begleitenden Gefäß-/Nervenverletzungen zu codieren (Beispiel distaler Oberarm)?
Antwort	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 Nerven durch Naht ist unter der entsprechenden Leistungsposition zu codieren. Beispiel: 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. Beispiel: 1x „MB030 – Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)“ und 1x „EC050 – Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)“

Code	Bezeichnung
MB030	Osteosynthese am distalen Oberarm (LE=je Seite)
MC010	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
MF050	Rekonstruktion des Kapsel-Band-Apparates des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-647
Frage	Wie sind Osteosynthesen im Bereich der Gelenke (am Beispiel des Ellbogens) zu codieren?
Antwort	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
MB010	Osteosynthese am proximalen Oberarm (LE=je Seite)
MB020	Osteosynthese am Oberarmschaft (LE=je Seite)
Hinweis	10-281
Frage	Wie ist eine subkapitale Osteosynthese bzw. eine Tuberculumverschraubung (Refixierung bei subcapitaler Oberarmfraktur bzw. Drei- und Vierfragmentfraktur) zu codieren?
Antwort	Die Osteosynthese kapitaler und subkapitaler Humerusfrakturen ist 1x pro Seite unter „MB010 – Osteosynthese am proximalen Oberarm“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
MC010	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
Hinweis	10-287
Frage	Wie ist die Osteosynthese einer Trümmerfraktur des Olecranon mit erforderlicher Subcutanverlagerung des N. ulnaris zu codieren?
Antwort	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
MC010	Osteosynthese am proximalen Unterarm (LE=je Seite)
Hinweis	10-286
Frage	Wie ist die Operation einer Radiusköpfchenfraktur (offene Reposition, Verschraubung) zu codieren?
Antwort	Eine offene Reposition und Verschraubung des Radiusköpfchens ist unter „MC010 – Osteosynthese am proximalen Unterarm“ zu codieren.

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

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

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

Code	Bezeichnung
MG150 MH040	Implantation einer Endoprothese des Daumensattelgelenks (LE=je Seite) Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
Hinweis	10-877
Frage	Wie ist eine Operation mit Einbringung eines Pyrocardan-Trapezometacarpal-Implantates zu codieren?
Antwort	Ein Pyrocardan-Trapezometacarpal-Implantat ist ein Interponat zur Verbesserung/ Wiederherstellung der Gelenksfunktion 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
MH010 MH070	Arthrodese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite) Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
Hinweis	10-319
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine Explantation einer Endoprothese und eine Arthrodese in der gleichen Sitzung durchgeführt werden (Beispiel Hand)?
Antwort	Es ist 1x pro Seite die Explantation der Endoprothese und 1x pro Seite die Arthrodese des jeweiligen Gelenks zu codieren. Beispiel: 1x „MH070 – Explantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger“ und 1x „MH010 – Arthrodese – Mittelhand, Finger“.

Code	Bezeichnung
MH060	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
Hinweis	10-291
Frage	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?
Antwort	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
MH060	Implantation einer Endoprothese – Mittelhand, Finger (LE=je Prothese)
Hinweis	10-876
Frage	Wie ist der Ersatz eines MCP-Gelenks durch die Implantation eines Swanson-Spacers zu codieren?
Antwort	Der Ersatz der MCP und Fingergelenke durch flexible Spacer nach Swanson ist als Endoprothese Mittelhand/Finger zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
MJ060 MJ080 MJ130 MJ150 MZ020	Naht, knöcherne Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite) Naht, knöcherne Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite) Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite) Palmare Fasziektomie (LE=je Seite) Bursektomie/Exzision von Veränderungen der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Synovialzysten/Mukoidzysten/Gichttophi) an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-275
Frage	Wie sind Begleiteingriffe wie Tenolyse, Sehnennaht oder Exstirpation einer Synovialzyste im Rahmen einer Operation einer Dupuytrenschen Kontraktur zu codieren?
Antwort	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
MJ150	Palmare Fasziektomie (LE=je Seite)
Hinweis	10-292
Frage	Wie ist eine Palmare Fasziektomie mit Z-Plastik zu codieren?
Antwort	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
MJ080 MZ209	Naht, knöcherne Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-277
Frage	Wie ist eine Refixation der Trizepssehne zu codieren?
Antwort	Die Refixation der Trizepssehne ist unter „MJ080 – Naht, knöcherne Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)“ zu codieren.

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

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

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

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

Code	Bezeichnung
MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
MZ209	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der oberen Extremität (LE=je Seite)
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
NZ179	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-1085
Frage	Wie ist zu codieren, wenn bei vorhandenen Osteosynthesen nur ein kleiner Teil des implantierten Osteosynthesematerials getauscht wird, wie z.B. eine Schraube?
Antwort	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
MZ111	Fingeramputation/Nachkürzung (LE=je Seite) (LE=je Seite)
Hinweis	10-297
Frage	Wie ist eine Fingeramputation zu codieren?
Antwort	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
ME140	Explantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
ME170	Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
ME180	Reimplantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
NE090	Explantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE140	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NF190	Explantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF230	Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
NF250	Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-301
Frage	Wie ist der Wechsel einer Teil-/Totalendoprothese zu codieren?
Antwort	Beim Wechsel einer Teil-/Totalendoprothese ist sowohl die Explantation als auch die Reimplantation der entsprechenden Endoprothese zu codieren. Beispiel: „NE130 – Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“ und „NE140 – Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks“

Hinweis	10-866
Frage	Wie ist beim Wechsel einer Endoprothese mit Umstieg von einer Teil- auf eine Totalendoprothese z.B. des Hüftgelenks zu codieren?
Antwort	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
NE111	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Pfanneninlay (LE=je Seite)
NE112	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftkopf (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)
NE141	Reimplantation der Pfanne einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE142	Reimplantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-303
Frage	Wie ist der Wechsel von Teilen einer Totalendoprothese am Beispiel des Hüftgelenks zu codieren?
Antwort	Beim Austausch eines knochenverankerten Prothesenteils (Pfanne oder Schaft) sind die beiden korrespondierenden Leistungen für die Explantation und die Reimplantation zu codieren. Beispiel: „NE132 – Explantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)“ und „NE142 – Reimplantation des Schaftes einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)“ Der Wechsel des Hüftkopfes bzw. des Pfanneninlays ist von NE132 und NE142 bzw. NE131 und NE141 umfasst und nicht zusätzlich zu codieren. Bei einem Wechsel des Pfanneninlays/Hüftkopfes ohne den korrespondierenden knochenverankerten Teil ist NE111/NE112 zu codieren. Beachte: Der Revisionsgrund ist als Zusatzdiagnose anzugeben.

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

Code	Bezeichnung
NE150	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
ME200	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Schultergelenks (LE=je Seite)
MF140	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
NF260	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-308
Frage	Wann ist die Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese zu codieren?
Antwort	Voraussetzungen zur Codierung: Implantation einer speziellen, individuell angefertigten oder angepassten Prothese (Resektions- bzw. Tumorprothesen); ausgedehnte Knochenresektion (ab ca. 1/3 der Schaftlänge). Grundregel: Die Codierung einer Tumor-/Resektionsendoprothese ist dann zulässig, wenn ein Verlust von mindestens einem Drittel des Knochens beschrieben ist.
Hinweis	10-791
Frage	Wie ist zu codieren, wenn die Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese im Rahmen eines Prothesenwechsels erfolgt?
Antwort	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
NA060	Pfannendachplastik (LE=je Seite)
NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE130	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE140	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-312
Frage	Wann ist bei der Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks die gleichzeitige Codierung einer Pfannendachplastik gerechtfertigt?
Antwort	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
NE050	Arthrolyse des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
NE070	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE140	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-311
Frage	Ist bei der Implantation einer Totalendoprothese (z.B. des Hüftgelenks) zusätzlich eine komplette Synovektomie zu codieren?
Antwort	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
NE080	Implantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-300
Frage	Wie ist die Entfernung von Osteosynthesematerial (z.B. proximaler Femur-nagel) bei der Implantation einer Endoprothese (z.B. Totalendoprothese der Hüfte) zu codieren?
Antwort	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
NB020	Pertrochantäre/subtrochantäre Osteosynthese (LE=je Seite)
NB030	Osteosynthese am Oberschenkelschaft (LE=je Seite)
NB040	Osteosynthese am distalen Oberschenkel (LE=je Seite)
NB050	Osteosynthese des Oberschenkels bei periprothetischer Fraktur (LE=je Seite)
Hinweis	10-937
Frage	Wie ist die Versorgung periprothetischer Frakturen des Hüftgelenks zu codieren?
Antwort	Osteosynthesen von Frakturen im Verlauf der implantierten Endoprothese sind generell unter NB050 zu codieren. Wenn die Prothese belassen wird und eine Osteosynthese der periprothetischen Fraktur erfolgt, ist nur NB050 zu codieren. 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. 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.

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

Code	Bezeichnung
NE150	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite)
NF260	Implantation einer Tumor-/Resektionsendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-310
Frage	Wie ist die Implantation eines „Total Femur“ zu codieren?
Antwort	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
NF020 NF160	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite)
Hinweis	10-323
Frage	Wie ist eine arthroskopische Meniskusresektion und eine offene Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes in einer Sitzung an einem Bein zu codieren?
Antwort	Es ist 1x „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x „NF160 – Rekonstruktion des hinteren Kreuzbandes – offen“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NF020 NF050	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite)
Hinweis	10-328
Frage	In einer Sitzung wurde eine arthroskopische Teilresektion des medialen Meniscus, eine arthroskopische Notchplastik und eine arthroskopische vordere Kreuzbandplastik durchgeführt. Wie ist zu codieren?
Antwort	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
NF050 NJ065	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch (LE=je Seite) Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß (LE=je Seite)
Hinweis	10-878
Frage	Inwiefern dürfen Eingriffe an den Sehnen, mit denen das Kreuzband wiederhergestellt wird, zusätzlich erfasst werden?
Antwort	Bei einer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes ist 1x unter NF050 zu codieren. NF050 umfasst alle für die Rekonstruktion erforderlichen Maßnahmen, wie z.B. eine Graziis-Plastik. Die Verwendung körpereigener Sehnen ist keinesfalls zusätzlich unter „NJ065 – Sehnentransfer an der unteren Extremität exkl. Fuß“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NF020 NF180	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-842
Frage	Wie ist eine arthroskopische Operation des Kniegelenks mit Einbringung eines „Kollagen-Meniskus-Implantats“ (CMI) zu codieren?
Antwort	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
NF170 NZ179	Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes – offen (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-324
Frage	Wie ist zu codieren, wenn in einer Sitzung eine Seitenband- und eine Rekonstruktion der Kreuzbänder an einem Kniegelenk durchgeführt werden?
Antwort	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
NF090	Arthrodese des Kniegelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-1002
Frage	Wie ist eine Arthrodese mit Fixateur Externe zu codieren?
Antwort	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	Die Leistungen NF131 und NF132 beinhalten sowohl die Kultivierung zuvor entnommener Chondrozyten als auch die Implantation am Kniegelenk. Die Leistungen NF131 und NF132 sind nur bei der Kultivierung autologer Chondrozyten zur Implantation bei isolierten posttraumatischen Gelenksschäden sowie bei juveniler Osteochondritis dissecans an den Femurkondylen zu codieren. Die Leistung NF126 ist bei einem einzeitigen matrix-assistierten Knorpelersatz am Kniegelenk zu codieren. Andere einzeitige Rekonstruktionen am Knorpel des Kniegelenks sind unter NF030 bzw. NF120 zu codieren.

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	Die Implantation einer Schlittenprothese (Halbseitenprothese) des Knies ist unter Implantation einer Teilendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite) zu codieren. Die Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks ist nur dann zu codieren, wenn ein vollständiger Gelenkersatz erfolgt.

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	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. Anmerkung: Im Rahmen einer Implantation bzw. Reimplantation einer Totalendoprothese ist die Leistung beinhaltet und wird daher nicht zusätzlich bepunktet.

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
NF020 NZ020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Bursektomie/Exzision von Veränderungen der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Synovialzysten/Mukoidzysten/Gichttophi) an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-331
Frage	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?
Antwort	Es ist 1x unter „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x unter „NZ020 – Bursektomie/Exzision von Veränderungen der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Synovialzysten/Mukoidzysten/Gichttophi) an der unteren Extremität (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NF020 NZ010	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite) Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-330
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer arthroskopischen Operation am Kniegelenk über einen eigenen offenen Zugang Osteosynthesematerial aus dem Tibiakopf entfernt wird?
Antwort	Es ist 1x unter „NF020 – Arthroskopische Operation des Kniegelenks“ und 1x unter „NZ010 – Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NC040	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)
Hinweis	10-333
Frage	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?
Antwort	Es ist 1x unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu codieren.
Hinweis	10-336
Frage	Wie ist die Osteosynthese bei einer Fractura bimalleolaris unilateralis zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „NC040 – Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NC040 NC041	Osteosynthese der Malleolargabel (LE=je Seite) Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite)
Hinweis	10-968
Frage	Wie ist die Osteosynthese einer isolierten Fibulafraktur zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „NC041 – Osteosynthese der distalen Fibula (Außenknöchel) (LE=je Seite)“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
NG030	Arthrodese des Sprunggelenks (LE=je Seite)
Hinweis	10-818
Frage	Wie ist eine temporäre Kirschner-Draht-Arthrodese zur Ruhigstellung bis zur definitiven operativen Versorgung zu codieren?
Antwort	Eine temporäre Kirschner-Draht-Arthrodese ist nicht zu codieren (Hinweis gilt für alle Gelenke).

Code	Bezeichnung
NZ060 NZ070 NZ131	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)
Hinweis	10-1087
Frage	Wie ist die Operation überzähliger Zehen zu codieren?
Antwort	Die Operation überzähliger Zehen ist in Analogie zu den Operationen an der oberen Extremität unter NZ060 zu codieren.

Code	Bezeichnung
QZ060	Vollhauttransplantation (LE=je Sitzung)
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
NZ070	Korrektur einer komplexen Fehlbildung des Fußes beim Kind (LE=je Seite)
Hinweis	10-1088
Frage	Wie ist die Operation einer Fußfehlbildung beim Erwachsenen zu codieren?
Antwort	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
NZ200	Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite)
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
Hinweis	10-342
Frage	Wie sind Operationen bei Fehlstellungen des Fußes zu codieren?
Antwort	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: • NZ200 – Korrekturoperation an Fußwurzel/Rückfuß (LE=je Seite) • NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite) • NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite) Eine Kombination der verschiedenen Leistungen ist möglich.

Code	Bezeichnung
NH040	Implantation einer Endoprothese an Mittelfuß und Zehen (LE=je Prothese)
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
Hinweis	10-1038
Frage	Wie ist eine Operation bei Hallux rigidus mit teilweisem Ersatz der Gelenksfläche (z.B. Cartiva-Implantat) zu codieren?
Antwort	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
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
Hinweis	10-338
Frage	Wie ist zu codieren, wenn auf einer Seite eine Operation des Hallux und der Krallenzehen durchgeführt wird?
Antwort	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
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
Hinweis	10-341
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine beidseitige Operation des Hallux (z.B. mit Umstellungsosteotomie) in einer Sitzung durchgeführt wird?
Antwort	Es ist 2x „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes“ (LE=je Seite)“ zu codieren.
Hinweis	10-691
Frage	Wie ist eine Operation nach Brandes zu codieren?
Antwort	Eine Operation nach Brandes ist unter „NZ210 – Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NG020	Arthroskopische Operation des Sprunggelenks (LE=je Seite)
NJ120	Plantare Fasziektomie (LE=je Seite)
NZ179	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-936
Frage	Wie ist ein endoskopisches Plantarfaszienrelease bei Plantarfasziitis zu codieren?
Antwort	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 Plantarfibromatose („Morbus Ledderhose“) zu codieren.

Code	Bezeichnung
NZ220	Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)
Hinweis	10-339
Frage	Wie ist eine Strecksehnenverlängerung am Fuß (z.B. bei Zustand nach Hammerzehenoperation und Überstreckkontraktur der 2. Zehe rechts) zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „NZ220 – Korrekturoperationen am 2.–5. Strahl des Fußes (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NJ100	Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-346
Frage	Wie sind mehrfache Sehnendurchschneidungen (Release-Operation) bei spastischen Kontrakturen zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „NJ100 – Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)“ zu codieren.
Hinweis	10-347
Frage	Wie ist eine Operation bei Pes Equinus mit Achillessehnenverlängerung beidseits und Tenotomien der Zehenbeuger I-V beidseits zu codieren?
Antwort	Es ist 1x pro Sitzung unter „NJ100 – Korrektur komplexer Fehlstellungen der unteren Extremitäten (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NZ131 NZ179	Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite) Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-343
Frage	Wie ist die Amputation einer Großzehe (z.B. bei einem diabetischen Gangrän) zu codieren?
Antwort	Eine Zehenamputation bzw. die transmetatarsale Amputation einzelner Strahlen am Fuß ist unter „NZ131 – Zehenamputation/Nachkürzung (LE=je Seite)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
NZ179	Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-334
Frage	Wie ist die Versorgung einer Hundebißverletzung am Unterschenkel mit Nachdebridement, Fasziennaht und Wundadaptation zu codieren?
Antwort	Es ist unter „NZ179 – Sonstige Operation am Bewegungsapparat der unteren Extremität“ zu codieren.

3.8.9.3 Jede Lokalisation

Code	Bezeichnung
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
PA530	Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)
PA531	Entfernung eines Fixateur externe (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-355
Frage	Wie ist die Entfernung von Osteosynthesematerial zu codieren?
Antwort	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
LZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-276
Frage	Wie ist bei einer Re-Osteosynthese zu codieren?
Antwort	Eine eigene Leistungsposition für Re-Osteosynthesen gibt es nicht. Bei Re-Osteosynthesen ist die Entfernung des Osteosynthesematerials und die erneute Osteosynthese zu codieren.

Code	Bezeichnung
LZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
MZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der oberen Extremität (LE=je Seite)
NZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-1103 (neu)
Frage	Wie ist die in der Beschreibung angeführte Entfernung von ausgedehnten und tiefen Hämatomen, Abszessen, Nekrosen, im Bereich der Weichteilgewebe zu interpretieren?
Antwort	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
NZ010 PA530	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite) Bohrdrahtentfernung (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-879
Frage	Wie ist die Entfernung oberflächlich gelegener Bohrdrähte wie z.B. nach Osteotomie des ersten Strahls am Fuß zu codieren?
Antwort	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
NC020	Osteosynthese des Unterschenkelschaftes (LE=je Seite)
Hinweis	10-358
Frage	Wie sind Osteosynthesen mit Anlage eines „Fixateur externe“ zu codieren (Beispiel Unterschenkel)?
Antwort	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
PA040	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-844
Frage	Ist hier auch die intraoperative Verwendung von Knochenwachstumsfaktoren wie Eptotermin alfa (Osigraft, Opgenra) oder von mit Antibiotika versetzten Knochenmaterialien (z.B. Osteomycin-V) zu codieren?
Antwort	Unter PA040 ist ausschließlich die Verwendung größerer Mengen von Knochen aus der Knochenbank oder von Spongiosaersatzmaterialien zur Defektauffüllung im Rahmen eines anderen Eingriffs zu codieren. Die intraoperative Verwendung von Wachstumsfaktoren oder von Antibiotika bzw. kleinerer Mengen von mit Antibiotika versetzten Knochenmaterialien ist, wie auch alle anderen Medikamente, hier nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
MD010	Osteosynthese der Handwurzelknochen (LE=je Seite)
NZ210	Korrekturoperation am ersten Strahl des Fußes (LE=je Seite)
PA042	Osteosynthese mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-925
Frage	Wie sind Operationen mit Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial („Shark Screw“) - z.B. bei Kahnbeinfrakturen/-Pseudoarthrosen, Halluxoperationen – zu codieren?
Antwort	Operationen mit Verwendung von Schrauben aus Knochenmaterial sind wie andere Operationen am Bewegungsapparat unter der für den jeweiligen Eingriff zutreffenden Leistungsposition zu codieren, z.B. unter NZ210 bei einer Halluxoperation. Zusätzlich ist die Leistung PA042 zu erfassen.

Code	Bezeichnung
PA040	Defektauffüllung mit homologem Knochen oder Ersatzmaterialien (LE=je Sitzung)
PA050	Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-926
Frage	Wie ist die Entnahme von Knorpel oder die Verwendung von Knorpelersatzmaterialien zu codieren?
Antwort	Die Entnahme von Knorpel bzw. das Einbringen von Knorpelersatzmaterialien sind im Leistungskatalog nicht abgebildet und daher nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
PA050	Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-349
Frage	Wann und wie oft ist „PA050 – Entnahme und Defektauffüllung mit autologem Knochen (LE=je Sitzung)“ zu codieren?
Antwort	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
LZ031	Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
MZ031	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
PZ019	Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-345
Frage	Wie sind Probeexzisionen am Knochen zu codieren?
Antwort	Probeexzisionen am Knochen sind unter „PZ019 – Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
LZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an Kopf, Hals und Rumpf (LE=je Sitzung)
MZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der oberen Extremität (LE=je Seite)
NZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/Knochen an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	10-816
Frage	Wie ist die Ausräumung eines Dekubitalgeschwürs, das bis in tiefe Muskelschichten reicht, zu codieren?
Antwort	Je nach Lokalisation ist unter LZ032, MZ032, NZ032 (im Regelfall LZ032) zu codieren.

Code	Bezeichnung
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
NZ090	Oberschenkelamputation (LE=je Seite)
Hinweis	10-843
Frage	Wie ist eine Oberschenkelrückkürzung bei Zustand nach Amputation zu erfassen?
Antwort	Eine Rückkürzung nach Amputation an der unteren Extremität ist unter NZ031 zu codieren. Die erneute Codierung von NZ090 ist unzulässig.

Code	Bezeichnung
PZ019	Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-360
Frage	Wie sind Exzisionen an den Weichteilen (Bindegewebe, Muskeln) wie z.B. die Entfernung eines gutartigen Tumors zu codieren?
Antwort	Exzisionen an den Weichteilen sind unter „PZ019 – Sonstige Operation – Bewegungsapparat (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
PZ025	Umstieg von arthroskopischer auf offene Operation (LE=je Sitzung)
Hinweis	10-1039
Frage	Wann ist PZ025 zu codieren?
Antwort	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
PA030	Korrekturingriff an den Wachstumsfugen – jede Lokalisation (LE=je Seite)
Hinweis	10-1107 (neu)
Frage	Wie ist eine Korrekturoperation im Bereich der Wachstumsfugen mit Implantation von Osteosynthesematerial zu codieren – unter PA030 oder unter der jeweiligen Osteosynthese?
Antwort	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
GF170	Intraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)
GF181	Extraperikardiale Pneumektomie – offen (LE=je Sitzung)
GF182	Extraperikardiale Pneumektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
GF190	Implantation der Lunge (LE=je Seite)
Hinweis	11-372
Frage	Darf bei einer Lungentransplantation zusätzlich zur Implantation der Lunge eine Pneumektomie codiert werden?
Antwort	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
GF190	Implantation der Lunge (LE=je Seite)
Hinweis	11-371
Frage	Wie ist bei einer beidseitigen Lungentransplantation zu codieren?
Antwort	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
ZA010	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZB010	Computertomographie (CT) – Thorax (LE=je Sitzung)
ZC010	Computertomographie (CT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZD010	Computertomographie (CT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE010	Computertomographie (CT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-400
Frage	Wie oft ist eine CT-Untersuchung einer Körperregion nativ und mit Kontrastmittel in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter der Computertomographie für die entsprechende Körperregion zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZA010	Computertomographie (CT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZN250	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-889
Frage	Sind CT-Untersuchungen der HWS unter ZA010 oder unter ZN250 zu codieren?
Antwort	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
ZB020	CT-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
ZB030	Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-969
Frage	Wie ist eine CT-Angiographie der Koronararterien zu codieren?
Antwort	Eine CT-Angiographie der Koronargefäße ist unter „ZB030 – Cardiac Imaging mittels CT (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZA030	Magnetresonanztomographie (MRT) – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZA040	MR-Angiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ZA050	Funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) des Gehirns mittels BOLD-Verfahren (LE=je Sitzung)
ZB040	Magnetresonanztomographie (MRT) – Thorax (LE=je Sitzung)
ZB050	MR-Angiographie – Thorax (LE=je Sitzung)
ZC030	Magnetresonanztomographie (MRT) – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZC040	MR-Angiographie – Abdomen und Becken (LE=je Sitzung)
ZD030	Magnetresonanztomographie (MRT) – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZD040	MR-Angiographie – obere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE030	Magnetresonanztomographie (MRT) – untere Extremität (LE=je Sitzung)
ZE040	MR-Angiographie – untere Extremität (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-405
Frage	Wie sind die Leistungen der Magnetresonanztomographie 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: 1x ZC030. Die Verabreichung von Kontrastmittel ist nicht zusätzlich zu erfassen. Bei Durchführung einer MR-Angiographie ist diese an Stelle der MR-Untersuchung der jeweiligen Region zu codieren. Die Darstellung von Gehirnnarealen mittels BOLD ist unter ZA050 zu codieren. Funktionelle Darstellungen im Rahmen einer MR-Untersuchung in anderen Körperregionen sind nicht gesondert zu erfassen.

Code	Bezeichnung
ZN260	Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-747
Frage	Mit welcher Anzahl ist die MEL ZN260 zu codieren, wenn ein MR von der gesamten Wirbelsäule gemacht wird (Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule)?
Antwort	Die MEL ZN260 ist je Sitzung definiert und auch dann mit der Anzahl 1 zu codieren, wenn die gesamte Wirbelsäule untersucht wird.

Code	Bezeichnung
ZN260	Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-1004
Frage	Wie ist eine MR-Angiographie der WS zu codieren?
Antwort	Bis zur Schaffung einer eigenen Leistungsposition ist eine MR-Angiographie unter ZN260 zu codieren.

3.8.11.2 Interventionelle Diagnostik und Therapie

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

Code	Bezeichnung
EB010 bis EB040	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)
EC010 bis EC030	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
ED010 bis ED062	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – Beckenarterien (LE=je Seite)
EF010 bis EF042	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite) Perkutane transluminale Rekanalisation mit Implantation eines Stentgrafts – untere Extremität (LE=je Seite)
EP030	Perkutane transluminale Rekanalisation, andere Verfahren (exkl. intrakranielle Gefäße) (LE=je Seite)
Hinweis	12-373
Frage	Wie sind die Leistungen der Katheterangiographien und -interventionen zu codieren?
Antwort	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
DH020 DH030 EP020	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)
Hinweis	12-995
Frage	Wie ist bei der Implantation bzw. Explantation eines Cavaschirms zu codieren?
Antwort	Bei der Implantation eines Cavaschirms ist DH020 und DH030 zu codieren. Bei der Explantation sind DH020 und EP020 zu codieren.

Code	Bezeichnung
EB010	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
ED010	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-374
Frage	Wie ist die Leistungsanzahl bei einer beidseitigen Carotisangiographie in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „EB010 – Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
EA020	Intravaskuläres Coiling intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
EF050	Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-711
Frage	Kann nach einer radiologischen Gefäßintervention die MEL EF050 codiert werden, wenn eine Naht an der Einstichstelle vorgenommen wird?
Antwort	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
EB040	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation – extrakranielle Gefäße des Kopfes und Halses (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-737
Frage	Wie ist die Implantation medikamentenbeschichteter Stents in andere Gefäße als die Koronargefäße, z.B. die A. carotis, zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	12-736
Frage	Wie ist die Verwendung eines Protektionssystems bei Interventionen in der Arteria carotis zu codieren?
Antwort	Die Verwendung eines distalen Protektionssystems bei Interventionen an der Arteria carotis ist nicht zusätzlich zu erfassen.

Code	Bezeichnung
EB010	Katheterangiographie – Kopf und Hals (LE=je Sitzung)
EC010	Katheterangiographie – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
ED008	Katheterangiographie – Spinalgefäße (LE=je Seite)
ED010	Katheterangiographie – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
ED054	Katheterangiographie – Beckenarterien (LE=je Seite)
EF010	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-375
Frage	Sind intraoperative Kontrollen wie eine intraoperative DSA im Rahmen von Gefäß-rekonstruktionen als Katheterangiographie zu codieren?
Antwort	Unter den Leistungspositionen für die Katheterangiographie sind nur Angiographien, die eigenständig oder in Kombination mit interventionellen Eingriffen im Angio-graphielabor 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.

Code	Bezeichnung
EB020	Katheterangiographie und lokale Lyse kranieller Gefäße (LE=je Sitzung)
DF030	Katheterangiographie und lokale Lyse der Pulmonalarterie (LE=je Sitzung)
EP010	Katheterangiographie mit lokaler Lyse an peripheren Gefäßen (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-383
Frage	Wie oft ist eine Katheterangiographie mit lokaler Lyse zu codieren, wenn nach der Kontrollangiographie eine notwendige Weiterführung der Lyse mit neuerlicher Kontrollangiographie erforderlich ist?
Antwort	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
EC020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-379
Frage	Wie ist eine PTA an drei verschiedenen Gefäßabschnitten einer Extremität zu codieren?
Antwort	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
EC020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
Hinweis	12-762
Frage	Wie ist die PTA bzw. die Stentimplantation in arteriovenöse Shunts zu codieren?
Antwort	Es ist unter der entsprechenden Leistung für die jeweilige Extremität zu codieren, z.B. unter EC020.

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

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

Code	Bezeichnung
ED050	Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-382
Frage	Kann die Sklerosierung einer Varikozele als Katheterembolisation codiert werden?
Antwort	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
ED020	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-380
Frage	Wie ist eine PTA der Beinarterie und der Nierenarterie (in der gleichen Sitzung) zu codieren?
Antwort	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	Katheterangiographie – untere Extremität (LE=je Seite)
EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (LE=je Seite)
Hinweis	12-376
Frage	Ist bei einer PTA die in derselben 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. Beispiel: 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
HM020	Perkutane transhepatische Cholangiographie (LE=je Sitzung)
HM040	Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang (LE=je Sitzung)
HM060	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
HM080	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-867
Frage	Wie sind perkutan oder im Rahmen einer ERCP in den Gallen- bzw. Pankreasgang eingebrachte metallische Stents zu codieren?
Antwort	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
HM060	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
HZ031	Endoskopische Fremdkörperentfernung am GI-Trakt (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1070 (aktualisiert)
Frage	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?
Antwort	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
HL010 PA025 PA026	Thermoablation von primären Lebermalignomen/Lebermetastasen (LE=je Sitzung) Thermoablation von Osteoidosteomen (LE=je Sitzung) Thermoablation von Wirbelsäulenmetastasen (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-820
Frage	Wie ist eine Radiofrequenzablation an anderen als den abgebildeten Organen, wie z.B. der Lunge, zu codieren?
Antwort	Für die Radiofrequenzablation an anderen Organen steht keine Leistungsposition zur Verfügung. Diese Eingriffe sind daher nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
QE010 QE020 ZN020	Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung) Exzision gutartiger Läsionen der Mamma (LE=je Seite) Organbiopsie – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-391
Frage	Wie sind Biopsien mit dem ABBI-Gerät („Mamma-Stanze“) zu codieren?
Antwort	Eine mammographiegezielte, computerassistierte Biopsie ist unter „QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)“ zu codieren.
Hinweis	12-157
Frage	Wie ist eine mammographiegezielte Biopsie (z.B. Mammatom) zu codieren?
Antwort	Eine mammographiegezielte, computerassistierte Biopsie ist unter „QE010 – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
ZN050	Präoperative Gewebemarkierung – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung)
ZN060	Präoperative Gewebemarkierung – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
ZN070	Präoperative Gewebemarkierung – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
ZN080	Präoperative Gewebemarkierung – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-386
Frage	Wie ist eine stereotaktische präoperative Mamma-Markierung vor Tumoroperation zu codieren?
Antwort	Eine stereotaktische präoperative Mamma-Markierung ist unter „ZN060 – Präoperative Gewebemarkierung – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
JC510	Anlage oder Wechsel eines Harnleiterkatheters (LE=je Sitzung)
ZN090	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-664
Frage	Wie ist die Implantation eines Double-J-Katheters zu erfassen?
Antwort	Die Implantation eines Double-J-Katheters in den Harnleiter ist unter JC510 zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN250	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule (LE=je Sitzung)
ZN570	Infiltration – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-699
Frage	Was ist bei CT-gezielten Wurzelblockaden zu codieren?
Antwort	Bei CT-gezielten Wurzelblockaden ist ZN570 zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN090	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
ZN100	Anbringen therapeutischer Drainagen – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
ZN110	Anbringen therapeutischer Drainagen – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
JD551	Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (LE=je Sitzung)
JR520	Miktionszystourethrographie (MCU) (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-387
Frage	Wie ist eine Miktionszystourographie oder das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters zu codieren?
Antwort	Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist eine Miktionszystourographie oder das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters nicht zu codieren. Bei ambulanten Kontakten ist eine Miktionszystourographie unter JR520 und das Setzen eines suprapubischen Harnkatheters unter JD551 zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN090	Anbringen therapeutischer Drainagen – bildwandlergezielt (LE=je Sitzung)
ZN100	Anbringen therapeutischer Drainagen – CT-gezielt (LE=je Sitzung)
ZN110	Anbringen therapeutischer Drainagen – MR-gezielt (LE=je Sitzung)
ZN540	Anbringen/Wechseln therapeutischer Drainagen über eine perkutane Punktion – ultraschallgezielt/ohne Bildgebung (LE=je Sitzung)
Hinweis	12-392
Frage	Wie erfolgt die Codierung von perkutanen Drainagen (z.B. Bülow-Drainagen, Cava-Katheter, Cystofix) im Rahmen stationärer Aufenthalte?
Antwort	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
ZN121	Bestrahlungsplanung und Simulation für konventionelle Teletherapie (LE=je Zielvolumen (PTV ICRU 50))
ZN131	Bestrahlungsplanung und Simulation für IMRT oder ZN180 (LE=je Zielvolumen (PTV ICRU 50))
ZN210	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen)
Hinweis	13-395
Frage	Wie ist eine 3D-Planung zu codieren?
Antwort	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.

Hinweis	13-394
Frage	Wie ist das Zielvolumen definiert?
Antwort	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.

Code	Bezeichnung
ZN210	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – 3D (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))
ZN221	Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je Sitzung)
Hinweis	13-1005
Frage	Wie oft ist die Planung bei der Brachytherapie zu codieren?
Antwort	Wie auch bei der Teletherapie ist die Planung bei der Brachytherapie nur 1x (pro Zielvolumen) zu Beginn der Bestrahlungsserie zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN231	Brachycurie-Therapie intracavitär, endoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	13-396
Frage	Wie ist eine intraluminale Brachycurietherapie mit endoskopischem Einbringen des Strahlers in das Lumen (z.B. Bronchus) zu codieren?
Antwort	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
ZN121	Bestrahlungsplanung und Simulation für konventionelle Teletherapie (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU 50))
ZN141	Konventionelle Röntgentherapie (LE=je Einstellung)
ZN171	Konventionelle Linearbeschleunigerbehandlung (LE=je Einstellung)
ZN200	Bestrahlungsplanung und Simulation Brachytherapie – einfach (LE=je Zielvolumen (planning target volume ICRU50))
ZN221	Brachycurie-Therapie interstitiell (LE=je Sitzung)
Hinweis	13-928
Frage	Wie ist die strahlentherapeutische Behandlung nicht neoplastischer Entitäten zu codieren?
Antwort	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
DA010	Myokardszintigraphie (LE=je Sitzung)
AA020	Rezeptorszintigraphie des Gehirns (LE=je Sitzung)
AA030	Gehirnperfusionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
KC010	Schilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)
KC020	Ganzkörperszintigraphie bei der Therapie von Schilddrüsenerkrankungen (LE=je Sitzung)
KD010	Nebenschilddrüsenszintigraphie (LE=je Sitzung)
KE020	Nebennierenszintigraphie (MIBG, Cholesterol) (LE=je Sitzung)
FF010	Milzszintigraphie (LE=je Sitzung)
GF020	Perfusions-Ventilationsszintigraphie der Lunge (LE=je Sitzung)
HM050	Hepatobiliäre Funktionsszintigraphie (LE=je Sitzung)
ZN280	Entzündungsszintigraphie (LE=je Sitzung)
ZN290	67-Galliumszintigraphie (LE=je Sitzung)
ZN300	Radioimmunszintigraphie/Rezeptorszintigraphie (planar/spect) (LE=je Sitzung)
FZ110	Knochenmarkszintigraphie (LE=je Sitzung)
Hinweis	14-413
Frage	Wie sind die Leistungseinheiten bei der Szintigraphie definiert?
Antwort	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
KC050	Radionuklidtherapie mit niedrig dosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
KC060	Radionuklidtherapie mit hochdosiertem Jod mit vorheriger vorbereitender Gabe von rekombinantem TSH (LE=je Sitzung)
Hinweis	14-1090
Frage	Wann und wie oft ist KC050 zu erfassen?
Antwort	Die Leistungen KC030 bis KC060 sind jeweils einmal bei der Verabreichung des Radionuklids zu codieren. Die vorbereitende Gabe von rekombinantem TSH bei den Leistungen KC050 und KC060 ist nicht zu codieren. Die Codierung der Leistung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ist nicht zulässig.

Code	Bezeichnung
ZN310	Emissionscomputertomographie (ECT) (LE=je Sitzung)
Hinweis	14-915
Frage	Wie wird ein SPECT/CT (z.B. nach Verabreichung einer „scout dose“ im Rahmen einer SIRT) codiert?
Antwort	Ein Spect/CT ist unter „ZN310 – Emissionscomputertomographie (ECT) (LE=je Sitzung)“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZN340	PET-CT (LE=je Sitzung)
Hinweis	14-414
Frage	Wie ist eine Ganzkörper PET-CT (LE=je Sitzung) zu codieren?
Antwort	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
JC030	Ureterorenoskopie (LE=je Sitzung)
GE010	Bronchoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
GE030	Endoskopische Resektion an Trachea und Bronchien (LE=je Sitzung)
HH020	Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-415
Frage	Wie sind diagnostische Endoskopien, bei denen auch eine Biopsie durchgeführt wurde, zu codieren?
Antwort	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
HF025	Endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts – Magen, Duodenum, Pankreas (LE=je Sitzung)
HZ510	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastrroduodenoskopie (LE=je Sitzung)
LM040	Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1104 (neu)
Frage	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?
Antwort	Diese Leistungen können für die Wartung des Leistungskatalogs vorgeschlagen werden. Bis zu einer Abbildung im Leistungskatalog kann nur HZ510 codiert werden.

Code	Bezeichnung
GE010	Bronchoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
GE012	Bronchoskopie – diagnostisch mit endobronchialen Ultraschall (EBUS) (LE=je Sitzung)
GE014	Bronchoskopie – diagnostisch unterstützt durch bildgebende Verfahren (LE=je Sitzung)
GE016	Bronchoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
GE020	Therapeutische Lavage der Lunge (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-845
Frage	Wie sind Bronchoskopien und bronchioalveoläre Lavagen zu codieren?
Antwort	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. Erfolgt die Bronchoskopie mit EBUS bzw. unterstützt durch bildgebende Verfahren, ist GE012 bzw. GE014 zu codieren. Bei Bronchoskopien mit therapeutischen Interventionen wie Fremdkörper- oder Stent-/Ventilentfernung, Dilatation/Bougierung, Blutstillung ist GE016 an Stelle der diagnostischen Bronchoskopien zu codieren. 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.

Code	Bezeichnung
HD020	Endoskopische Schwellendurchtrennung (LE=je Sitzung)
HD050	Transzervikale Resektion eines Pharynxdivertikels (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-868
Frage	Wie ist die operative Therapie eines Zenker-Divertikels zu codieren?
Antwort	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
HF022 HZ520	Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-970
Frage	Wie kann eine endoskopische Mukosaresektion am Magen codiert werden?
Antwort	Unter HF022 ist ausschließlich die in der Bezeichnung angeführte endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) zu codieren, also die endoskopische komplette En-Bloc-Resektion der malignen/prämaligen 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
HE022 HZ510	Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Thermoablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie (LE=je Sitzung) Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1006
Frage	Ist die Ösophago-Gastroskopie (HZ510) zusätzlich zu HE022 zu erfassen oder bereits inkludiert?
Antwort	Bei Codierung der Leistung HE022 ist keine weitere Codierung der Gastroskopie erforderlich.

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

Code	Bezeichnung
HF030	Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-799
Frage	Wie ist die Anlage oder der Wechsel einer perkutanen fluoroskopischen Gastrostomie (PFG) bzw. einer perkutanen radiologischen Gastrostomie (PRG) zu codieren?
Antwort	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
HG030	Doppelballon-Endoskopie des Dünndarms (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-707
Frage	Wie ist eine Single-Ballon-Enteroskopie zu codieren?
Antwort	Auch eine Single-Ballon-Enteroskopie ist unter HG030 zu codieren.

Code	Bezeichnung
HM060	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
HM070	Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
HM080	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-420
Frage	Wie ist eine ERCP mit Papillotomie und zweimaliger Steinextraktion in einer Sitzung zu codieren?
Antwort	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
HM060	Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) (LE=je Sitzung)
HM070	Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
HM080	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-421
Frage	Wie ist bei Durchführung einer ERCP zu codieren?
Antwort	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.
Hinweis	15-800
Frage	Ist die Leistung HM080 auch bei der Implantation von Kunststoffstents zu codieren?
Antwort	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
HM080	Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP (LE=je Sitzung)
JC050	Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1042
Frage	Sind auch Stents mit Metallgitter („gecoverte Stents“) als Stentimplantation (permanente metallische Stents) zu codieren?
Antwort	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 Gewebsentnahme nicht unter HZ010, sondern unter der jeweiligen Endoskopie zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
HZ510 LM040	Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastrroduodenoskopie (LE=je Sitzung) Fundoplikatio/Hiatusplastik – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-1007
Frage	Wie ist eine „GERDX-Endoplikatio-Therapie des ösophagialen Refluxes“ zu codieren?
Antwort	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
JZ530	Zystoskopie (LE=je Sitzung)
Hinweis	15-971
Frage	Wie ist die endoskopische Unterspritzung der Harnröhre mit Bulking Agents (z.B. Bulkamid) zu erfassen?
Antwort	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
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)
Hinweis	16-426
Frage	Wie sind Katheterangiographien und -Interventionen an den Koronargefäßen zu codieren?
Antwort	Die diagnostische Angiographie ist 1x pro Sitzung unter DD010 Katheterangiographie der Koronargefäße zu codieren. Zusätzlich sind die durchgeführten Interventionen entsprechend der hinterlegten Leistungseinheit zu codieren: „DD040 – Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)“ 1x je Gefäß „DD050 – Implantation eines Stents in die Koronargefäße“ 1x je Stent Beispiel Angiographie mit Intervention bei Mehrgefäßkrankung: PTCA Ramus interventricularis anterior (RIVA) und rechte Koronararterie (RCA); Implantation eines Stents in die RCA, Implantation von 2 Stents in die RIVA. Codierung: 1x DD010 + 2x DD040 + 3x DD050

Code	Bezeichnung
DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß)
Hinweis	16-821
Frage	Wie ist die Leistungseinheit „je Gefäß“ hier anzuwenden?
Antwort	Die Leistungseinheit Gefäß bezieht sich auf die linke Koronararterie mit ihren beiden Hauptästen (RIVA, RCX) und die rechte Koronararterie (RCA). Alle weiteren Verzweigungen der Koronargefäße sind nicht mehr als Gefäß zu zählen. Die Leistungsanzahl pro Sitzung kann daher maximal 3 betragen.
Hinweis	16-822
Frage	Wie ist eine Dilatation der Koronargefäße mit medikamentenbeschichtetem Ballon zu codieren?
Antwort	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
DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefäß)
DD090	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) mit Cutting Balloon (LE=je Gefäß)
Hinweis	16-1119 (neu)
Frage	Wie ist eine Koronarangioplastie mit „Scoring Ballon“ zu codieren?
Antwort	Koronarangioplastien mittels spezieller Ballons mit Oberflächenelementen zur Modifizierung atherosklerotischer Plaques wie „Cutting Ballon“ oder „Scoring Ballon“ sind unter DD090 zu codieren.

Code	Bezeichnung
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. Anmerkung: Bei gleichzeitiger Codierung von DE040 mit DE050-DE064 erfolgt keine zusätzliche Bepunktung von DE040.

Code	Bezeichnung
DE050	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems (LE=je Sitzung)
DE060	Katheterablation des kardialen Reizleitungssystems im Bereich der Pulmonalvenen (LE=je Sitzung)
Hinweis	16-884
Frage	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?
Antwort	Es ist sowohl DE050 als auch DE060 zu codieren.

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

Code	Bezeichnung
DF010	Rechtsherzkatheteruntersuchung (LE=je Sitzung)
Hinweis	16-428
Frage	Was ist unter „DF010 – Rechtsherzkatheteruntersuchung“ zu codieren? Wo ist der Swan-Ganz-Katheter zu codieren?
Antwort	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
FV046	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen peripheren Shunt (LE=je Sitzung)
FV047	Hämodialyse/Hämodiafiltration/Hämofiltration über einen Dialysekatheter (LE=je Sitzung)
Hinweis	17-847
Frage	Wie ist eine Aquapherese (extrakorporale Ultrafiltration bei dekompensierter diuretikaresistenter Herzinsuffizienz) zu codieren?
Antwort	Die Aquapherese ist eine Variante der Hämofiltration. Die Leistung ist daher unter FV047 zu codieren.
Hinweis	17-869
Frage	Wie oft ist die Leistung FV047 zu codieren, wenn eine kontinuierliche Hämofiltration über mehrere Tage erfolgt?
Antwort	Wenn eine kontinuierliche Hämofiltration über mehrere Tage erfolgt, ist 1x pro Kalendertag zu codieren.
Code	Bezeichnung
FV080	Nicht-selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
FV090	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
Hinweis	17-439
Frage	Kann die Gewinnung von Eigenblutkonserven vor einer geplanten Operation als Plasmapherese codiert werden?
Antwort	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
FV090	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
Hinweis	17-1091
Frage	Wie ist eine Lipidapherese bei Hypercholesterinämie zu codieren?
Antwort	Eine Lipidapherese ist unter FV090 zu codieren.

Hinweis	17-636
Frage	Wie ist eine Leichtkettenapherese bei multiplem Myelom (selektive Entfernung der Leichtketten über grobpore Membran) zu codieren?
Antwort	Eine Leichtkettenapherese ist unter „FV090 – Selektive Plasmapherese“ zu codieren.
Hinweis	17-637
Frage	Wie ist eine Plasmapherese mit Immunadsorption zu codieren?
Antwort	Es ist 1x unter „FV090 – Selektive Plasmapherese“ zu codieren. Die Leistung umfasst sowohl die Plasmaseparation, als auch die selektive Immunadsorption.

Code	Bezeichnung
FV090	Selektive Plasmapherese (LE=je Sitzung)
FV531	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation)
Hinweis	17-973
Frage	Wie ist ein Erythrozytenaustausch bei Sichelzellanämie zu codieren?
Antwort	Bei einem Erythrozytenaustausch ist sowohl die Separation unter FV090 als auch der Ersatz unter FV531 zu codieren.

Code	Bezeichnung
FV110	Leukopherese (LE=je Sitzung)
Hinweis	17-848
Frage	Wie ist eine Granulozyten-Monozyten-Apherese (z.B. ADAcolumn) zu codieren?
Antwort	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
AA010	Epilepsiemonitoring mit synchroner Video- und EEG-Aufzeichnung mit mind. 32 Kanälen (LE=je Behandlungstag)
Hinweis	18-450
Frage	Ist unter „AA010 – Epilepsiemonitoring mit synchroner Video- und EEG-Aufzeichnung mit mind. 32 Kanälen“ auch ein Standard-EEG (z.B. zur Therapiekontrolle) zu codieren?
Antwort	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
AN010	Polysomnographie im Schlaflabor (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
Hinweis	18-448
Frage	Was ist unter „AN010 – Polysomnographie im Schlaflabor“ zu codieren?
Antwort	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, E MG, Augenbewegungsmessung, Aktographie und O2-Sättigungsmessung. Laufende EEG-Ableitungen z.B. im Rahmen eines Intensivstationsaufenthaltes sind hierunter nicht zu codieren.
Code	Bezeichnung
AN011	Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	18-788
Frage	Wann ist die Leistung „AN011 – Polysomnographie mit Schlafmikrostruktur- und Motorikanalyse (LE=je Aufenthalt)“ zu codieren?
Antwort	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
FV130	Hyperbare Oxygenation (LE=Je komplette stationäre Behandlungsserie)
Hinweis	18-938
Frage	Wie ist FV130 zu codieren?
Antwort	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
FV531 XA230	Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten (1 Beutel) (LE=je Applikation) Zusätzliche onkologische Therapie – bestrahltes Erythrozytenkonzentrat (1 Beutel) (LE=je Applikation)
Hinweis	18-891
Frage	Wann ist FV531 zu erfassen?
Antwort	FV531 ist bei jeder Verabreichung von Erythrozytenkonzentraten zu erfassen, mit Ausnahme der Verabreichung bestrahlter Erythrozytenkonzentrate im onkologischen Bereich (XA230).

Code	Bezeichnung
GL050	Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) (LE=je Behandlungstag)
Hinweis	18-445
Frage	Ist die Codierung von „GL050 – Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)“ zulässig, wenn bei großen Operationen eine Herz-Lungen-Maschine zum Einsatz kommt?
Antwort	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
JP010 JP020 JP030	Plazentapunktion, Chorionzottenbiopsie, Nabelschnurpunktion (LE=je Sitzung) Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung) Therapeutischer Eingriff an Plazenta, Chorion, Amnion, Fruchtwasser, Nabelschnur (LE=je Sitzung)
JQ010 JQ020	Fetoskopie (LE=je Sitzung) Therapeutische Eingriffe am Feten (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-390
Frage	Wie sind diagnostische oder therapeutische Eingriffe am graviden Uterus oder am Feten zu codieren?
Antwort	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
ZN010 JP020	Organbiopsie – ultraschallgezielt (LE=je Sitzung) Amniozentese – diagnostisch (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-389
Frage	Wie ist eine ultraschallgezielte Fruchtwasserpunktion zu codieren?
Antwort	Eine ultraschallgezielte Fruchtwasserpunktion ist 1x unter „JP020 – Amniozentese – diagnostisch“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
ZZ556 ZZ557	Opferschutz – medizinisch-forensische Spurensicherung (LE=je Sitzung) Opferschutz – Beratungsgespräch (LE=je Sitzung)
Hinweis	18-1108 (neu)
Frage	Wann und wie oft ist ein Opferschutz-Beratungsgespräch zu erfassen?
Antwort	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. 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. 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. Beratungsgespräche, bei denen es nicht primär um den Opferschutz geht, sind unter den entsprechenden Leistungen, wie AM580, AM590 oder ZZ550 zu codieren.

3.8.18 Kapitel 19 – Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen

Code	Bezeichnung
AC010	N/P: Ableitung eines (posthämorrhag.) Hydrocephalus nach außen (LE=je Intensivaufenthalt)
GF010	N/P: Surfactant-Therapie zur Behandlung des IRDS (LE=je Aufenthalt)
AH010	N/P: Kontinuierliche Hirndruckmessung (LE=je Behandlungstag)
AH020	N/P: Transkranielles-Doppler-Monitoring (LE=je Aufenthalt)
DL010	N/P: Nicht invasives Monitoring (EKG, Oxy, RR, AF, Temp) (LE=je Intensivaufenthalt)
DL020	N/P: Invasives Monitoring (LE=je Intensivaufenthalt)
GL035	N/P: Respiratortherapie – Beatmung (inkl. CPAP) auf neonat./päd. Intensiv-einh. (LE=je Behandlungstag)
ZN370	N/P: Verabreichung von Medikamenten unter kontinuierlichem Monitoring (LE=je Intensivaufenthalt)
ZN380	N/P: Drainagen mindestens einer Körperhöhle (LE=je Intensivaufenthalt)
ZN390	N/P: Strenge Flüssigkeitsbilanzierung (6h-Ko. u. Adaptierung) (LE=je Intensivaufenthalt)
HS015	N/P: Totale parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)
HS030	N/P: Partielle parenterale Ernährung (LE=je Aufenthalt auf der Intensivstation)
ZZ020	N/P: Transport eines Neu-/Frühgeborenen zur stat. Aufn. auf eine N/P-Intensiv-einheit (LE=je Aufenthalt)
ZZ030	N/P: Allgemeine neonatologisch-pädiatrische Intensivmaßnahmen (LE=je Intensivaufenthalt)
Hinweis	19-487
Frage	Sind die Leistungen des Kapitels 19 auch dann zu codieren, wenn auf einer Normalstation eine entsprechende Leistung erbracht wird?
Antwort	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
AA040	Akute Schlaganfallbehandlung auf einer Schlaganfalleinheit (Stroke Unit) (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	20-1092
Frage	Wann ist die Leistung AA040 zu codieren?
Antwort	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: • I60 Subarachnoidalblutung • I61 Intrazerebrale Blutung • I63 Hirninfarkt • G45 Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome Bei anderen Diagnosen, bei denen keine Schlaganfallbehandlung erfolgt, ist die Leistung nicht zu erfassen. Die Leistung AA040 ist 1x pro Krankenhausaufenthalt zu codieren. 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.

Code	Bezeichnung
AM040 AM050	Alkoholentwöhnungsbehandlung im Turnus 6–12 Wochen (LE=je Aufenthalt) Drogenentwöhnungsbehandlung auf Drogenstationen (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	20-489
Frage	Darf prinzipiell jede Abteilung diese Leistungen erbringen?
Antwort	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 ambulanten 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 Konditionierungsschemotherapien und anteilig die Ganzkörperbestrahlung. Zytokine und andere Chemotherapien sind zusätzlich zu codieren.

Code	Bezeichnung
FZ040	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)
Hinweis	21-465
Frage	Was ist unter „Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)“ zu codieren?
Antwort	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
FZ040	Gewinnung von Stammzellen aus Knochenmark/Blut (LE=je Mobilisierungszyklus)
Hinweis	21-783
Frage	Wie ist die Leistungseinheit „je Mobilisierungszyklus“ zu verstehen?
Antwort	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
FZ010	Verabreichung von Spenderlymphozyten nach allogener Stammzelltransplantation – unverwandter Spender (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-974
Frage	Wie ist die Verabreichung von Spenderlymphozyten bei verwandten Spendern zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Spenderlymphozyten verwandter Spender ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
FZ060	Autologe Stammzelltransplantation (LE= je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung)
Hinweis	21-463
Frage	Wie ist die Leistungseinheit bei der autologen Stammzelltransplantation definiert?
Antwort	Die Leistungseinheit von FZ060 ist 1x je vollständige Stammzelltransplantation inklusive Konditionierung definiert.
Hinweis	21-851
Frage	Ist hier auch die Applikation von Stammzellkonzentraten im Bereich des Nervensystems, des Bewegungsapparates oder Ähnliches zu erfassen?
Antwort	Alle Leistungen des Kapitels 21.01 „Stammzelltransplantation“ sind ausschließlich im Zusammenhang mit der Transplantation hämatopoetischer Stammzellen bei hämatoonkologischer Indikation zu codieren.

Code	Bezeichnung
FZ120	Verabreichung von EMA-zugelassenen CAR-T-Zellen (LE=je Aufenthalt mit abgeschlossener Therapie)
FZ121	Verabreichung von selbst hergestellten (PoC) CAR-T-Zellen (LE=je Aufenthalt mit abgeschlossener Therapie)
Hinweis	21-1008 (geändert)
Frage	Ist unter FZ120 auch die Verabreichung von vor Ort selbst hergestellten CAR-T-Zellen zu codieren?
Antwort	Unter FZ120 sind nur Therapien mit EMA-zugelassenen CAR-T-Zellen zu codieren. Eine Therapie mit vor Ort selbst hergestellten CAR-T-Zellen ist unter FZ121 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA010 bis XA149	Onkologische Therapien
XA150 bis XA250	Zusätzliche onkologische Therapien
XB100 bis XB270	Pädiatrische onkologische Therapien
XC012 bis XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene
Hinweis	21-907
Frage	Bei welchen Erkrankungen sind die im Leistungskatalog abgebildeten onkologischen Therapien (XA010–XA149, XB100–XB270, XC012–XC990) und zusätzlichen onkologischen Therapien (XA150–XA250) abrechenbar?
Antwort	Alle onkologischen Therapien und alle zusätzlichen onkologischen Therapien sind ausschließlich bei onkologischen Erkrankungen abrechenbar. Als onkologische Erkrankungen gelten: • die Codes der Gruppe „Bösartige Neubildungen“ (C00–C97) und B21 • intrakranielle gutartige Neubildungen (D32, D33) • die Codes der Gruppe „Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens“ (D37–D48) 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).

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

Code	Bezeichnung
XA020	Onk. Therapie – andere Substanzen: Bortezomib: 1,3 mg/m ² (LE=je Applikation)
Hinweis	21-682
Frage	Mit welcher Anzahl ist die Verabreichung von z.B. 2,34 mg Bortezomib zu codieren?
Antwort	Die Leistung ist 1x pro Verabreichung von 1,3 mg/m² zu codieren. Je nach Körperoberfläche (Standardwert 1,8m²) 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 1,8m².

Code	Bezeichnung
XA022	Onkologische Therapie – andere Substanzen: Carfilzomib (LE=je Applikation)
Hinweis	21-929
Frage	Mit welcher Leistungsanzahl ist die Verabreichung von 56 mg/m ² Carfilzomib zu erfassen?
Antwort	Bei Verabreichung von 56 mg/m ² Carfilzomib ist die Leistung XA022 mit der Anzahl 2 zu erfassen (1x pro Verabreichung von 20–36 mg/m ²).

Code	Bezeichnung
XA060	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacicumab: 2,5 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-638
Frage	Wie ist „XA060 – Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Bevacicumab: 2,5 mg/kg KG“ zu codieren?
Antwort	Bei den zugelassenen Indikationen metastasierendes Kolonkarzinom, metastasierendes Mammakarzinom, nicht-kleinzelliges Bronchuskarzinom, fortgeschrittenes Nierenzellkarzinom ist mit einer der verabreichten Menge entsprechenden Leistungsanzahl zu codieren. Beispiel: Bei einem Behandlungsschema mit zweiwöchiger Verabreichung von 10 mg/kg KG ist alle zwei Wochen mit Leistungsanzahl 4 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA070	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Cetuximab: 250 mg/m ² (LE=je Applikation)
Hinweis	21-894
Frage	Wie ist die Verabreichung von 400 mg/m ² Cetuximab zu codieren?
Antwort	Bei der ersten Verabreichung von Cetuximab werden 400 mg/m ² 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
XA075	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 3 mg/kg KG bzw. 240 mg abs. i. v. bzw. 600 mg abs. s. c. (LE=je Applikation)
XA085	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Nivolumab: 1 mg/kg KG i.v. (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1071
Frage	Wie ist die Verabreichung von 360 mg Nivolumab zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Nivolumab mit 360 mg abs. i. v. ist unter je 1x XA075 (3 mg/kg KG bzw. 240 mg abs. i. v.) und XA085 (1 mg/kg KG i. v.) zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA100	Onk. Therapie – monoklonaler Antikörper Trastuzumab (Anti-HER2): 6 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-885 (geändert)
Frage	Wie ist die Verabreichung von 600 mg Trastuzumab s. c. zu codieren?
Antwort	Bei Verabreichung von 600 mg Trastuzumab s. c. ist 1x XA100 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA090	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab 375-500 mg/m ² i. v. oder 1400–1600 mg abs. s. c. (Anti-CD20) (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1105 (neu)
Frage	Wie ist die Verabreichung von Rituximab bei Autoimmunerkrankungen - 1000 mg abs. bzw. 500 mg abs. zu codieren?
Antwort	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
XA117	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Durvalumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1072
Frage	Wie ist die Verabreichung von 1500 mg Durvalumab zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von Durvalumab mit 20mg/kg KG oder 1500 mg abs. ist unter XA117 mit Anzahl 2 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA117	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Durvalumab: 10 mg/kg KG (LE=je Applikation)
Hinweis	21-1106 (neu)
Frage	Wie ist die Verabreichung von 1120 mg Durvalumab zu codieren?
Antwort	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
XA149	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-470
Frage	Wie sind monoklonale Antikörper zu codieren, für die keine eigene Leistungsnummer existiert?
Antwort	Monoklonale Antikörper in der Onkologie, für die keine eigene Leistungsnummer existiert, sind unter „XA149 – Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie“ zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA149	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-1010
Frage	Wie ist eine hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion (HIPEC) zu codieren?
Antwort	Eine hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion (HIPEC) ist unter XA149 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA150 XA160	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)
Hinweis	21-870
Frage	Kann jede antivirale Therapie bei onkologischen Patient:innen unter XA150 bzw. XA160 verschlüsselt werden?
Antwort	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
XA170	Zusätzliche onkologische Therapie – intravenöse Antimykotika (Anidulafungin, Caspofungin, Isavuconazol, Micafungin, Voriconazol i. v.) (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
Hinweis	21-639
Frage	Ist hier auch die orale Verabreichung von Antimykotika im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zu codieren?
Antwort	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
XA200	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 (LE=je Applikation)
XA210	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE) (LE=je Applikation)
XA220	Zus. onk. Th. – Zytokine – langwirksamer G-CSF (LE=je Applikation)
Hinweis	21-469
Frage	Wie ist zu codieren, wenn eine febrile Neutropenie mit Zytokinen behandelt wird?
Antwort	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
XA200	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – G-CSF, IL-2, Gm-CSF, IF-gamma, IL-2 (LE=je Applikation)
XA210	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (>= 30.000 iE) (LE=je Applikation)
XA220	Zus. onk. Th. – Zytokine – langwirksamer G-CSF (LE=je Applikation)
Hinweis	21-460
Frage	Wie sind die Leistungen XA200, XA210, XA220 zu codieren?
Antwort	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
XA210	Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (≥ 30.000 iE) (LE=je Applikation)
Hinweis	21-462
Frage	Was ist unter „XA210 – Zusätzliche onkologische Therapie – Zytokine – hochdosiertes Erythropoetin (≥ 30.000 iE)“ zu codieren?
Antwort	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. $\geq 150\mu\text{g}$ Darbepoetin) verabreicht wird. Die Codierung ist unabhängig von der Anzahl der Einzelgaben (z.B. 3×10.000 IE Erythropoetin) und dem verwendeten Präparat. Die Verabreichung geringerer Mengen (z.B. 1×10.000 IE Erythropoetin) ist nicht zu codieren.

Code	Bezeichnung
FV531 XA230 XA250	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)
Hinweis	21-473
Frage	Wie ist die Verabreichung von unbestrahlten Erythrozytenkonzentraten zu codieren?
Antwort	Die Verabreichung von unbestrahlten Erythrozytenkonzentraten ist unter FV531 zu codieren.
Hinweis	21-893
Frage	Wie ist zu codieren, wenn im Rahmen einer onkologischen Behandlung sowohl Thrombozytenkonzentrate von Einzelspendern als auch nicht bestrahlte Erythrozytenkonzentrate verabreicht werden?
Antwort	In diesem Fall ist sowohl XA250 als auch FV531 zu codieren.

Code	Bezeichnung
XA260	Behandlung mit unspezifischen IgG 10–35g (LE=je Applikation)
Hinweis	21-475
Frage	Wie ist die Verabreichung von spezifischem Gammaglobulin (z.B. gegen RS-Viren) zu codieren?
Antwort	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
XA270	Behandlung mit unspezifischen IgG > 35g (LE=je Applikation)
Hinweis	21-849
Frage	Mit welcher Anzahl ist die Leistung XA270 zu codieren, wenn eine Menge von 70g verabreicht wird?
Antwort	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
XA320	Monoklonale Antikörper bei Organtransplantation (LE=pro Behandlungsserie (Induktion/Abstoßung))
Hinweis	21-908
Frage	Ist die Codierung von XA320 bei tagesklinischen Aufenthalten zulässig?
Antwort	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
XA149 XC724	Onkologische Therapie – sonstige Chemo- oder Immuntherapie (LE=je Aufenthalt) MTX (auch HD) (Tag 1)
Hinweis	21-481
Frage	Wie ist die Verabreichung von Methotrexat bei nicht onkologischen Erkrankungen wie z.B. einer Blasenmole zu codieren?
Antwort	Eine MTX-Therapie ist auch bei nicht onkologischen Erkrankungen nur unter XC724 zu codieren, wenn Methotrexat in einer Dosierung von mindestens 500 mg/m ² verabreicht wird.

Code	Bezeichnung
XA090	Onkologische Therapie – monoklonaler Antikörper Rituximab 375-500 mg/m ² i. v. oder 1400–1600 mg abs. s. c. (Anti-CD20) (LE=je Applikation)
Hinweis	21-823
Frage	Ist die Verabreichung von monoklonalen Antikörpern, wie z.B. von Rituximab, bei nicht onkologischen Erkrankungen zu codieren?
Antwort	Die im Leistungskatalog als onkologische Therapie abgebildeten monoklonalen Antikörper sind auch bei nicht onkologischen Erkrankungen zu codieren, sofern die Verabreichung in vergleichbarer Dosierung erfolgt. Anmerkung: 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
XA341	Substitution mit Einzelfaktorkonzentrat bei angeborenem Mangel an Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX oder Faktor XIII (LE= je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
Hinweis	21-484
Frage	Was ist unter der Leistung XA341 zu codieren?
Antwort	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
XB100	Pädiatrische onkologische Therapie: Tageschemotherapie (LE=je Behandlungstag/je ambulanten Besuch)
XB110	Pädiatrische onkologische Therapie: Chemotherapie stationär (LE=je angefangene Woche)
XB210	Pädiatrische onkologische Therapie: Erwinia-Asparaginase (LE=je Verabreichung)
XB270	Pädiatrische onkologische Therapie: Trabectedin (LE=je Verabreichung)
Hinweis	21-977
Frage	Wie sind pädiatrische onkologische Therapien zu codieren?
Antwort	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
XB100 bis XB270	Pädiatrische onkologische Therapie
XC012 bis XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene
Hinweis	21-909
Frage	Wie ist vorzugehen, wenn bei Kindern/Jugendlichen eine Chemotherapie verabreicht wird, für die eine Leistungsposition im Handbuch Chemotherapieschemata Erwachsene existiert?
Antwort	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
XC012 bis XC954	Chemotherapieschemata Erwachsene
Hinweis	21-785
Frage	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?
Antwort	In der Detaildarstellung der Schemata im Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1, Chemotherapieschemata Erwachsene, sind zu jedem Schema die Substanzen, Verabreichungstage und die jeweilige Dosierung hinterlegt. • Die Gesamtmenge ergibt sich für jede Substanz aus der pro Tag verabreichten Menge und der Anzahl der angeführten Verabreichungstage. • 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. • Bei größeren Abweichungen ist ein anderes Schema auszuwählen, die teuerste Monotherapie zu codieren oder keine Codierung möglich. • Wenn die Verabreichung einer oder mehrerer Substanzen in der angegebenen Dosierung an einem anderen Kalendertag erfolgt, kann das vorhandene Schema codiert werden. • Wenn die Gesamtmenge einer oder mehrerer Substanzen auf mehrere Tage als angegeben verteilt wird oder umgekehrt, kann das vorhandene Schema ebenfalls codiert werden. Bitte Änderungen der Verabreichungstage oder modifizierte Schemata dem BMSGPK mitteilen, damit eine Aktualisierung der Schemata erfolgen kann.

Code	Bezeichnung
XC012 bis XC954 XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-784
Frage	Können gleichzeitig zwei Chemotherapieschemata bzw. ein Chemotherapieschema und die Fortsetzung einer Chemotherapie codiert werden?
Antwort	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
XC012 bis XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-1095
Frage	Wie ist die ambulante Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata zu codieren?
Antwort	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): • Tag 1: Codierung XC304 • Tag 2: Codierung XC990 • Tag 3: Codierung XC990

Code	Bezeichnung
XC012 bis XC990	Chemotherapieschemata Erwachsene Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-1096
Frage	Wie ist die stationäre Verabreichung mehrtägiger Chemotherapieschemata zu codieren?
Antwort	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. Die für die Codierung relevanten Verabreichungszeiträume sind in Klammern bei der Leistungsbezeichnung angegeben. Details zu den Verabreichungstagen und den hinterlegten Mengen sind im Handbuch Medizinische Dokumentation – Anhang 1, Chemotherapieschemata Erwachsene dargestellt. 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. Wenn innerhalb des angegebenen Verabreichungszeitraums eine Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt, ist bei der Weiterbehandlung XC990 zu codieren. Die Nummer des Chemotherapieschemas ist nicht mehr anzuführen. Dies gilt sowohl bei ambulanter Weiterbehandlung als auch bei stationärer Aufnahme in der gleichen oder einer anderen Krankenanstalt.

Code	Bezeichnung
XC070	ALL Erhaltung Erwinase < 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24)
XC071	ALL Erhaltung Erwinase > 55 Jahre (jeweils Tage 2-10, Tage 16-24)
XC072	ALL Erhaltung MTX/PEG-ASP (jeweils Tag 1-7, Tag 15-21)
XC494	Eribulin (jeweils Tag 1, Tag 8)
XC595	Gemcitabine/Paclitaxel-NAB (jeweils Tag 1, 8, 15)
XC598	Gemcitabine/Treosulfan (jeweils Tag 1, 8)
XC606	GVD (jeweils Tag 1, 8)
XC672	Irinotecan/Oxaliplatin (jeweils Tag 1, 15)
Hinweis	21-794
Frage	Bei welchen Chemotherapieschemata ist eine mehrmalige Codierung erforderlich?
Antwort	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. Cave: 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)“

Code	Bezeichnung
XC012 bis XC954	Chemotherapieschemata Erwachsene
Hinweis	21-786
Frage	Wie ist zu codieren, wenn die angeführte Substanzkombination nicht in den Chemotherapieschemata enthalten ist?
Antwort	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. • Zwei Substanzen der nicht abgebildeten Kombination sind als Monotherapie in der jeweiligen Dosierung abgebildet: Codierung der höherwertigen Monotherapie • Eine Substanz der nicht abgebildeten Kombination ist in entsprechender Dosierung als Monotherapie abgebildet: Codierung der entsprechenden Monotherapie • Keine Substanz der nicht abgebildeten Kombination ist in entsprechender Dosierung als Monotherapie abgebildet: Codierung unter XA149 Die Codierung von zwei Monotherapien ist nicht zulässig. Bitte nicht abgebildete Schemata dem BMSGPK mitteilen, damit eine Aktualisierung erfolgen kann.

Code	Bezeichnung
XC652	Ifosfamid (auch HD) (Tag 1–7)
XC724	MTX (auch HD) (Tag 1)
XC804	Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie+ Zytokin) (LE=je Aufenthalt)
Hinweis	21-642
Frage	Wann ist „XC804 – Primingtherapie (jede HD-Chemotherapie + Zytokin)“ zu codieren?
Antwort	„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. Die Codierung erfolgt daher 1x pro Aufenthalt, eine zusätzliche Codierung der Zytokinverabreichung unter XA200 bis XA220 ist nicht zulässig.

Code	Bezeichnung
XC012 bis XC954	Chemotherapieschemata Erwachsene
Hinweis	21-499
Frage	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?
Antwort	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 Kranken-anstaltenbedürftigkeit vor Aufnahme durch geeignete Untersuchungen (z.B. Blut-bild) festzustellen. Liegt keine Krankenanstaltenbedürftigkeit (hier: zur Durchfüh-rung 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
AD010	Implantation einer intrakraniellen Drucksonde durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
AD020	Anlage einer externen Ventrikeldrainage durch Bohrlochtrepanation (LE=je Sitzung)
Regel	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
LH030	Interarcuäre Dekompression des Spinalkanals (LE=je Sitzung)
Regel	LH030 ist als alleiniger Eingriff definiert und kalkuliert und wird im Zuge eines anderen Eingriffs an der Wirbelsäule nicht zusätzlich bepunktet.

Code	Bezeichnung
LH040	Dekompression lumbaler Nervenwurzeln (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Dekompression lumbaler Nervenwurzeln bei Implantation eines dorsalen, interspinösen Spacers (LH080)

Code	Bezeichnung
LD030	Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel – dorsal (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Dekompression einer zervikalen Nervenwurzel im Rahmen einer Osteosynthese an der zervikalen Wirbelsäule (LD051)

Code	Bezeichnung
AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – offen (LE=je Seite)
AJ100	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – offen (LE=je Seite)
AJ120	Dekompression peripherer Nerven an der unteren Extremität – endoskopisch (LE=je Seite)
Regel	Bei Kombination der Dekompression eines peripheren Nerven mit Osteotomie, Ganglionenfernung, 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
GG010	Pleurektomie – offen (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pleurektomie im Rahmen einer Lungenresektion

Code	Bezeichnung
FB010	Thymektomie – offen (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Thymektomie im Rahmen anderer Operationen im Thorax

Code	Bezeichnung
GF030	Thorakoskopie – diagnostisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer diagnostischen Thorakoskopie im Rahmen therapeutischer Thorakoskopien

Code	Bezeichnung
GF040	Thorakoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer therapeutischen Thorakoskopie im Rahmen spezifischer thorakoskopischer Eingriffe

Code	Bezeichnung
GF050	Thorakotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Thorakotomie im Rahmen anderer Eingriffe im Thorax

Code	Bezeichnung
LJ010	Sternumresektion (LE=je Sitzung)
Regel	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
EB050	Arteriennaht – extrakranielle Gefäße des Kopfes und des Halses (LE=je Sitzung)
EC050	Arteriennaht – obere Extremität, Thorax (LE=je Seite)
ED050	Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
EF050	Arteriennaht – untere Extremität (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Arteriennaht bei anderen Eingriffen an den Arterien

Code	Bezeichnung
NJ090	Faszienspaltung zur Dekompression an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung von NJ090 – Faszienspaltung an der unteren Extremität im Rahmen einer Varizenoperation (EK030–EK050)

Code	Bezeichnung
FC070	Radikale axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer radikalen axillären Lymphadenektomie im Rahmen einer Mammarresektion mit axillärer Lymphadenektomie

Code	Bezeichnung
FC130	Radikale pelvine Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)
FC140	Radikale pelvine Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Radikalen pelvinen Lymphadenektomie im Rahmen einer radikalen Prostatektomie mit Lymphadenektomie (JG070, JG080)

Code	Bezeichnung
FC130	Radikale pelvine Lymphadenektomie – offen (LE=je Sitzung)
FC140	Radikale pelvine Lymphadenektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Radikalen pelvinen Lymphadenektomie im Rahmen erweiterter Hysterektomien (JK130–JK150)

3.9.7 Kapitel 06 – Endokrine Drüsen

Code	Bezeichnung
KD020	Parathyreoidektomie – offen (LE=je Sitzung)
KD040	Parathyreoidektomie mit Autotransplantation (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Parathyreoidektomie 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 abdominellen 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 JF010	Radikale retroperitoneale Lymphadenektomie (LE=je Sitzung) Entfernung retroperitonealer Raumforderungen (LE=je Sitzung)
Regel	Bei Mehrfachcodierung wird nur die höherwertige Leistung bepunktet.

Code	Bezeichnung
LM030 LM040	Fundoplikatio/Hiatusplastik – offen (LE=je Sitzung) Fundoplikatio/Hiatusplastik - laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Hiatusplastik/Fundoplikatio im Rahmen eines Gastric Bandings (HF260, HF270)

Code	Bezeichnung
HM140 HM150	Biliodigestive Anastomose – offen (LE=je Sitzung) Biliodigestive Anastomose – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Cholezystektomie und Interposition eines Dünndarmabschnittes gehören zur bilio-digestiven Anastomose dazu. Daher werden Cholezystektomie oder Teilresektion des Dünndarms mit Anastomosierung nicht zusätzlich bepunktet.

Code	Bezeichnung
HM100 HM110	Cholezystektomie – offen (LE=je Sitzung) Cholezystektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Cholezystektomie im Rahmen anderer Eingriffe im Bereich von Leber, Gallenwegen, Pankreas, Magen

Code	Bezeichnung
HG050	Enterotomie (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Enterotomie bei anderen Eingriffen am Dünndarm

Code	Bezeichnung
HH040 HH050	Appendektomie – offen (LE=je Sitzung) Appendektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Appendektomie im Rahmen anderer Eingriffe im Abdomen

Code	Bezeichnung
HK010 HK030	Inzision bei anorektalem Abszess (LE=je Sitzung) Exzision einer Analfissur (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Operationen im Bereich des Anus

3.9.9 Kapitel 08 – Urogenitaltrakt, Geburtshilfe

Code	Bezeichnung
JD060	Zystektomie, Zystoprostektomie – offen (LE=je Sitzung)
JD070	Zystektomie, Zystoprostektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	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 Adnexe – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Teilentfernung der Adnexe im Rahmen einer Hysterektomie oder einer Myomentfernung (JK060)

Code	Bezeichnung
JJ010	Teilentfernung der Adnexe – offen, abdominal (LE=je Sitzung)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Teilentfernung der Adnexe 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 Adnexe (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
MZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Entfernung von Osteosynthesematerial im Rahmen einer Arthrorese

Code	Bezeichnung
MH010	Arthrorese – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
MH040	Arthroplastik – Mittelhand, Finger (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Arthrorese/Arthroplastik im Rahmen einer Osteosynthese der Mittelhand

Code	Bezeichnung
AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)
AJ080	Dekompression des Nervus medianus – endoskopisch (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Dekompression des Nervus medianus im Rahmen einer palmaren Fasziektomie (MJ150)

Code	Bezeichnung
MJ060	Naht, knöcherne Refixation einer Beugesehne der Hand (LE=je Seite)
MJ080	Naht, knöcherne Refixation einer Strecksehne an der oberen Extremität (LE=je Seite)
MJ130	Tenolyse und Tenosynovektomie an der oberen Extremität (LE=je Seite)
MZ020	Bursektomie/Exzision von Veränderungen der Weichteile des Bewegungsapparats (z.B. Synovialzysten/Mukoidzysten/Gichttophi) an der oberen Extremität (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung von Begleiteingriffen wie Tenolyse, Sehnennaht oder Exstirpation einer Synovialzyste im Rahmen einer palmaren Fasziektomie (MJ150)

Code	Bezeichnung
MJ120	Ringbandsplaltung (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Ringbandsplaltung im Zuge eines anderen Eingriffs an Hand, Handgelenk, Sehnen der oberen Extremität

Code	Bezeichnung
MZ031	Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe an der oberen Extremität

Code	Bezeichnung
NE111	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Pfanneninlay (LE=je Seite)
NE112	Wechsel nicht knochenverankerter Prothesenteile – Hüftkopf (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung eines Inlaywechsel bei Reimplantation einer Teil-/Totalendoprothese

Code	Bezeichnung
NA060	Pfannendachplastik (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Pfannendachplastik bei der Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (NE120)

Code	Bezeichnung
NB030	Osteosynthese am Oberschenkelschaft (LE=je Seite)
NB050	Osteosynthese des Oberschenkels bei periprothetischer Fraktur (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Osteosynthese bei Reimplantation einer Endoprothese des Hüftgelenks (NE140)

Code	Bezeichnung
NE050	Arthrolyse des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
NE070	Komplette Synovektomie des Hüftgelenks – offen (LE=je Seite)
Regel	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
NZ010	Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Entfernung von Osteosynthesematerial im Rahmen einer Implantation oder Reimplantation einer Endoprothese

Code	Bezeichnung
NF100	Arthrolyse des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)
NF110	Komplette Synovektomie des Kniegelenks – offen (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer Synovektomie im Rahmen der Implantation eines Patellaersatzes (NF211)

Code	Bezeichnung
NE020	Arthroskopische Operation des Hüftgelenks (LE=je Seite)
ME060	Arthroskopische Operation des Schultergelenks (LE=je Seite)
NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks (LE=je Seite)
MF040	Arthroskopische Operation des Ellbogengelenks (LE=je Seite)
MG020	Arthroskopische Operation des Handgelenks (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung einer arthroskopischen Operation im Rahmen spezifischer arthroskopischer Operationen am gleichen Gelenk

Code	Bezeichnung
NF211	Implantation eines Patellaersatzes (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung der Implantation eines Patellaersatzes im Rahmen der Implantation oder Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks

Code	Bezeichnung
NZ031	Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
Regel	Keine zusätzliche Bepunktung im Rahmen anderer Eingriffe an der unteren Extremität

3.9.12 Kapitel 11 – Organtransplantationen

Code	Bezeichnung
GF170	Intraperikardiale Pneumektomie (LE=je Sitzung)
GF181	Extraperikardiale Pneumektomie – offen (LE=je Sitzung)
GF182	Extraperikardiale Pneumektomie – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)
Regel	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 Intensiveinheiten 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 Intensiveinheiten 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 Intensiveinheiten 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 Intensiveinheit)
- 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

Frage	Wann ist die Abgangsart „Lebend mit Therapiereduktion“ oder „Gestorben mit Therapiereduktion“ zu codieren?
Antwort	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

Frage	Welcher Erhebungszeitraum ist für die Eingabe der SAPS3-Daten heranzuziehen?
Antwort	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.
Frage	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?
Antwort	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: • Die physiologischen Parameter „Herzfrequenz“, „Körpertemperatur“, „Systolischer Blutdruck (Minimum)“ sind nicht zu verwenden. • „Mechanische Beatmung“ ist nicht zu verwenden. • „Vasoaktive Medikamente“ zur Korrektur anästhesiebedingter Hypotonien sind nicht zu erfassen.

Frage	Was ist als Erhebungsdatum zu codieren, wenn der Erhebungszeitraum in den Folgetag hineinreicht?
Antwort	Als Erhebungsdatum für die SAPS3-Daten ist immer das Aufnahme datum auf die Intensivstation zu wählen, auch wenn der Erhebungszeitraum in den Folgetag hineinreicht.
Frage	Wieviele SAPS3-Datensätze sind zu melden, wenn die gleiche Person innerhalb eines Kalendertages auf eine Intensivstation aufgenommen, auf eine andere Station entlassen wieder auf die gleiche Intensivstation aufgenommen wird?
Antwort	Es sind zwei SAPS3-Datensätze zu dokumentieren.

4.3.2 Definitionen der SAPS-Items und Codierhinweise

Akute Infektion bei Aufnahme

Zulässige Ausprägungen:

0	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
1	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	Akute Infektion bei Aufnahme
Position 1	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
Position 2	Respiratorische Infektion - Definitive Pneumonie: alle Haupt- oder 2 Haupt- und 2 Neben-Kriterien plus mindestens 1 mikrobiologisches Kriterium - Mögliche Pneumonie: Haupt- und mindestens 1 oder mehrere Neben-Kriterien - Lungenabszess oder - andere Infektion des unteren Respirationstraktes

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:

0	Kein Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert/nicht erhoben
1	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz/nicht erhoben
1	Präoperative/Präinterventionelle Optimierung: Hämodynamische, renale oder respiratorische Optimierung vor einem elektiven Eingriff für maximal 48 Stunden
2	Medizinische Überwachung: Patient:in benötigt mindestens stündliche Überwachung, der Vitalparameter
3	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

Frage	Ist es zulässig, bei Auswahl des Items „Basispflege und Observanz“ einen weiteren organspezifischen Aufnahmegrund zu erfassen?
Antwort	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 Intensivstation 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:

0	Kein Aufnahmegrund: Gastrointestinal/nicht erhoben
1	Blutung: Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt
2	Akutes Abdomen: Assoziiert mit einer Infektion, Perforation, Ischämie im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt. Exkludiert die schwere Pankreatitis.
3	Schwere Pankreatitis
4	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Hämatologisch/nicht erhoben
1	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
2	Schwere Hämolyse
3	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Kardiovaskulär/nicht erhoben
1	Herzstillstand: Mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Herzmassage/Defibrillation
2	Schock: Hypovolämischer: durch externe Verluste oder interne Sequestration
3	Schock: Häorrhagischer
4	Schock: Septischer
5	Schock: Kardiogener

6	Schock: Anaphylaktischer
7	Schock: Gemischt und undefiniert
8	Thoraxschmerzen: Mit EKG und/oder serologischen Veränderungen, welche mit Angina pectoris oder einem akuten Myokardinfarkt kompatibel sind
9	Hypertensive Krise
10	Rhythmusstörungen: durch Herzfrequenz oder Herzleitungsstörungen
11	Herzinsuffizienz (ohne Schock): Links-, Rechts- oder Global-Insuffizienz
12	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 Vaso-pressoren, 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:

0	Kein Aufnahmegrund: Leber/nicht erhoben
1	Leberversagen: Leberversagen mit metabolischen Störungen oder hepatischer Enzephalopathie
2	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Metabolisch/nicht erhoben
1	Säure-Basen Haushalts- und Elektrolytstörungen
2	Hypo- und Hyperthermie
3	Hypo- und Hyperglykämie: Inkludiert diabetisches Koma
4	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Neurologisch/nicht erhoben
1	Koma, Stupor, Konfusion, Agitation, Delirium
2	Epileptischer Anfall
3	Fokales neurologisches Defizit: Hemiplegie, Paraplegie, Tetraplegie
4	Intrakranieller Masseneffekt (Hirndruck)
5	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Renal/nicht erhoben
1	Prärenales ANV: Akutes Nierenversagen, welches hämodynamisch, also durch Hypovolämie oder Schock ausgelöst wird
2	Obstruktives ANV: Postrenales Nierenversagen, welches durch Obstruktion der intrarenalen oder der ableitenden Harnwege ausgelöst wird
3	Organisches ANV: Akutes Nierenversagen, welches von intraparenchymalen Läsionen, also im Bereich der renalen Gefäße, der Glomeruli oder des Interstitiums, ausgelöst wird
4	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Respiratorisch/nicht erhoben
1	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
2	Respiratorisches Versagen bei COPD: Obstruktive oder restriktive Form der COPD
3	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:

0	Kein Aufnahmegrund: Schweres Trauma/nicht erhoben
1	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:

1	Geplant: Patient:innen, deren Aufnahme zumindest 12 Stunden im Voraus geplant wurde
2	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
Normalwert:	4,0–15,0
Plausibilitätsbereich:	1,0–40,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–999,0

Hinweis: Labormessung aus dem arteriellen oder venösen Blut.

Blutbild: pH-Wert

Den niedrigsten gemessenen Wert eintragen.

Normalwert:	7,36–7,44
Plausibilitätsbereich:	6,50–7,70
Gültiger Wertebereich:	6,00–8,00

Hinweis: Labormessung aus dem arteriellen Blut.

Blutbild: Thrombozyten (Minimum)

Den niedrigsten gemessenen Thrombozyten-Wert eintragen.

Einheit	G/L
Normalwert:	100–500
Plausibilitätsbereich:	0–1000
Gültiger Wertebereich:	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:

0	Keine Chirurgie – Eingriff/nicht erhoben
1	Abdomen: Oberer GI-Trakt: Bis zu und inklusive Jejunum
2	Abdomen: Unterer GI-Trakt
3	Abdomen: Biliärtrakt: Gallenblase und/oder biliäre Chirurgie
4	Abdomen: Leber-Chirurgie: Leberteileresektion, protosystemische Shunts
5	Abdomen: Pankreas
6	Abdomen: endokrine Chirurgie
7	Extremitäten-Chirurgie
8	Gefäß: Aorten Chirurgie: Dissektion, Atherom, Aneurysmen
9	Gefäß: Karotischirurgie

10	Gefäß: Große Gefäße: Chirurgie im Bereich der intrathorakalen oder intraabdominalen Gefäße
11	Gefäß: Periphere Gefäßchirurgie: Chirurgie im Bereich arterieller oder venöser Gefäße, mit oder ohne Bypass. Exkludiert intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Gefäße
12	Gefäß: Andere
13	Geburtshilflicher Eingriff: Kaiserschnitt, ektopische Schwangerschaft, Peri- oder Post-partum-Blutung, intrauteriner Fruchttod
14	Gynäkologischer Eingriff: Chirurgie des Uterus, Ovarien, Zervix uteri, oder den Genitalien
15	Herz: Klappe: Alle Klappenoperationen ohne gleichzeitiger Koronarchirurgie
16	Herz: Klappe mit CABG: Alle Klappenoperationen mit gleichzeitiger Koronarchirurgie
17	Herz: CABG: Koronar-arterielles Bypass-Grafting ohne Klappenchirurgie
18	Herz: Andere: Herzchirurgie für andere Erkrankungen wie perikardialer Erguss, kongenitale Störungen, Ventrikuläres Aneurysma, Neoplasien, Vena-Cava-Clipping oder Einsatz eines Vena-Cava-Filters
19	HNO-Chirurgie
20	Kiefer-Gesichtschirurgie
21	Neurochirurgie: Zerebrovaskuläres Ereignis: Intrakranielles Hämatom oder anderes nicht-traumatisches Ereignis (z.B. Blutung oder Aneurysma)
22	Neurochirurgie: Intrakranieller Tumor
23	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
24	Neurochirurgie: Andere
25	Thorax-Chir.: Pneumektomie
26	Thorax-Chir.: Lobektomie
27	Thorax-Chir.: Pleurachirurgie: Jede Form der Pleurachirurgie entweder wegen eines Tumors oder anderen Geschehens (Pneumothorax etc.)
28	Thorax-Chir.: Andere
29	Trauma: SHT: Chirurgie wegen eines subduralen, epiduralen, intrazerebralen Hämatoms und/oder Schädelfraktur
30	Trauma: Thorax
31	Trauma: Abdomen
32	Trauma: Extremitäten
33	Trauma: Polytrauma
34	Transplantation: Leber
35	Transplantation: Herz
36	Transplantation: Niere
37	Transplantation: Pankreas
38	Transplantation: Lunge
39	Transplantation: Herz/Lunge

40	Transplantation: Niere/Pankreas
41	Transplantation: Andere
42	Andere Eingriffe, nicht klassifiziert

Hinweis:

Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

Frage	Sollen hier nur Eingriffe dokumentiert werden, die vor dem Intensivaufenthalt erfolgt sind, oder ist die Region auch für geplante elektive Eingriffe anzugeben?
Antwort	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:

1	Elektive Chirurgie: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme an die Intensivstation), welcher länger als 24 Stunden voraus geplant wurde
2	Notfalls-Eingriff: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme an die Intensivstation), welcher kürzer als 24 Stunden voraus geplant wurde
3	Kein chirurgischer Eingriff

Hinweis:

Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

Frage	Wie lange nach einem elektiven Eingriff ist der Aufnahmestatus „elektive Chirurgie“ zu erfassen?
Antwort	Der chirurgische Status „elektive Chirurgie“ ist dann zu erfassen, wenn die Aufnahme auf der Intensivstation entweder • innerhalb von 48 Stunden im Anschluss an eine Operation erfolgt, unabhängig vom Ort der Zustransferierung, oder • der:die Patient:in vor einer Operation an eine Intensivstation zwecks präoperativer Optimierung zustransferiert wird und die Operation innerhalb der folgenden 24 Stunden durchgeführt werden soll.

Hinweis	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 Intensiveinheit. 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:

1	Keine Antwort
2	Streckung/Dezerebrationssteifigkeit auf Schmerz
3	Abnormale Beugung
4	Ungezielte Schmerzabwehr durch Beugung
5	Gezielte Schmerzabwehr
6	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 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: verbale Reaktion

Verbale Antwort der unsedierten Patientin/des unsedierten Patienten.

Zulässige Ausprägungen:

	Unintubiert	Intubiert
1	Keine Antwort	Generell unansprechbar
2	Unverständliche Laute (keine Wörter)	
3	Unangebrachte Phrasen	Ansprechbar, fraglich gesprächsfähig
4	Desorientiert, betreibt Konversation	
5	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:

1	Keine Antwort
2	Auf Schmerzreize
3	Befolgt Aufforderung
4	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.

Frage	Ist die Kombination eines GCS-Werts ≤ 8 mit dem chirurgischen Status „Elektive Chirurgie“ plausibel?
Antwort	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.
Frage	Wie ist die GCS bei neuroorthopädischen Patient:innen zu dokumentieren, die einem elektiven Eingriff unterzogen wurden?
Antwort	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:

0	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
1	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	Koexistierende Erkrankung
Position 1	Hämatologische Erkrankung Lymphom, akute Leukämie oder Multiples Myelom
Position 2	HIV-positiv (kein AIDS) Positive HIV-Serologie, aber keine AIDS-Kriterien nach den CDC/WHO-Definitionen; CD4-Zellen sind, sofern gemessen, > 200
Position 3	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
Position 4	Metastasierendes Malignom Neoplasma mit Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
Position 5	Malignom, nicht metastasierend Neoplasma ohne Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
Position 6	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

Position 7	Herzinsuffizienz NYHA II Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche mit normaler Betätigung einhergehen
Position 8	Herzinsuffizienz NYHA III Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche bereits bei mittelschwerer Betätigung auftreten
Position 9	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.
Position 10	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.
Position 11	Chronische renale Insuffizienz Chronische renale Therapie (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) bei irreversiblen renalen Erkrankungen oder Anamnese einer chronischen renalen Insuffizienz
Position 12	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
Position 13	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.
Position 14	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.
Position 15	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Patient:innen, welche tägliche Insulingaben (Injektionen) benötigen
Position 16	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.

Position 17	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.
Position 18	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.
Position 19	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).
Position 20	COPD Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen aufgrund chronischer Bronchitis und/oder Emphysem
Position 21	Arterielle Hypertension Anamnese eines systolischen Blutdrucks ≥ 160 mmHg und/oder eines diastolischen Blutdrucks ≥ 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
Normalwert:	36,0–38,5
Plausibilitätsbereich:	20,0–42,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–45,0

Hinweis:

Wenn möglich, ist die gemessene periphere Temperatur mit den zentralen Temperaturen (nasopharyngeal, tympanisch, ösophageal, rektal, pulmonal-arteriell) zu vergleichen. Bei peripherer Temperaturmessung sind $0,5^{\circ}$ C zu addieren.

Mechanische Beatmung

Hier ist einzutragen, ob zum Zeitpunkt der arteriellen Blutgasanalyse für die Bestimmung des PaO_2 eine mechanische Beatmung durchgeführt wurde.

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben
1	Mechanische Beatmung

Sauerstoff-Partialdruck arteriell (PaO_2)

Hier ist der zur FiO_2 -Eingabe korrespondierende Wert einzutragen. Bei Mehrfachmessungen ist jener Wert einzutragen, welcher zusammen mit der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration den niedrigsten Oxygenierungsindex ergibt.

Einheit	mmHg
Normalwert:	80,0–200,0
Plausibilitätsbereich:	40,0–300,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–900,0

Hinweis: Labormessung aus arteriellem Blut

Sauerstoffkonzentration inspiratorisch (FiO_2)

Hier ist jene inspiratorische Sauerstoffkonzentration einzutragen, welche zusammen mit dem eingetragenen arteriellen Sauerstoffpartialdruck (PaO_2) erhoben wurde.

Einheit	%
Normalwert:	21–60
Plausibilitätsbereich:	21–100
Gültiger Wertebereich:	10–100

Hinweis:

Inspiratorische Sauerstoffkonzentration im Einatmungsschenkel des Beatmungssystems

Frage	Ist es zulässig, bei Insufflation die inspiratorische Sauerstoffkonzentration zu schätzen?
Antwort	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
Position 1	CPR Herzstillstand mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Thoraxkompressionen, Herzmassage oder Defibrillation.
Position 2	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
Position 3	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:

1	Bettenstation: Der:die Patient:in wurde von einer Normalstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
2	Notaufnahme: Der:die Patient:in wurde von der Notaufnahme entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
3	Andere Intensivstation: Der:die Patient:in wurde von einer anderen Intensivstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
4	IMCU: Der:die Patient:in wurde von einer Intermediate Care Unit entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
5	OP: Der:die Patient:in wurde von einem Operationssaal zutransferiert.
6	Aufwachraum: Der:die Patient:in wurde von einem Aufwachraum zutransferiert.
7	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.

Frage	Ist ein TISS-Datensatz zu melden, wenn ein:e Patient:in kurz vor Mitternacht an der Intensivereinheit aufgenommen wurde?
Antwort	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.
Frage	Ist ein TISS-Datensatz zu melden, wenn eine Person im Schockraum behandelt wird und verstirbt?
Antwort	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.
Frage	Wie sind die TISS-Daten zu melden, wenn eine Person innerhalb eines Kalendertages von der Intensivereinheit auf eine andere Station verlegt und wieder auf die gleiche Intensivereinheit aufgenommen wird?
Antwort	Sowohl für den Abgangs-, als auch für den Zugangstag ist ein TISS-A-Datensatz zu melden. Anmerkung: Für die Einstufung der Intensivereinheit wird der Datensatz mit dem höheren Score herangezogen.
Frage	Wie ist zu melden, wenn dieselbe Person am gleichen Tag auf zwei verschiedene Intensivereinheiten aufgenommen wurde?
Antwort	Es ist von jeder aufnehmenden Intensivbehandlungseinheit jeweils ein TISS-A-Datensatz zu melden.

Leistungsdokumentation und TISS-Dokumentation

Frage	Wie ist zu codieren, wenn an einer Intensivereinheit Leistungen aus dem Leistungskatalog (z.B. eine Hämodialyse) erbracht werden, die auch im TISS codierbar sind?
Antwort	Allgemein kann gesagt werden, dass bei der Erbringung einer Leistung aus dem Leistungskatalog diese auch dann zu codieren ist, wenn sie auf der Intensivereinheit 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. Beispiel: Eine akute Hämodialyse bei einem Patienten, der auf einer Intensivereinheit 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

Frage	Wie sind Leistungen zu codieren, die an hirntoten Personen bis zur Organentnahme erbracht werden?
Antwort	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

Frage	Welcher Wert ist einzugeben, wenn innerhalb eines Tages unterschiedliche Werte erhoben wurden?
Antwort	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:

0	Kein Standard-Monitoring/nicht erhoben
1	Standard-Monitoring

Hinweis:

Standard-Monitoring ("1") ist auszuwählen, wenn kontinuierlich Vitalparameter erhoben wurden und zumindest eine Flüssigkeitsbilanz in jeder Schicht berechnet wurde.

Frage	Ist das Fehlen der Angabe eines Standardmonitorings plausibel?
Antwort	Nein. Auf einer Intensivstation sind eine kontinuierliche Erhebung der Vitalparameter und eine Berechnung einer Flüssigkeitsbilanz pro Schicht als Grundvoraussetzung zu erwarten.

Labor

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Labor/nicht erhoben
1	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:

0	Keine Medikamente/nicht erhoben
1	Medikamente einfach
2	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.

Frage	Ist „Medikamente einfach“ oder „Medikamente mehrfach“ auszuwählen, wenn ein einziges Medikament mehrmals am Tag verabreicht wird?
Antwort	Bei Verabreichung eines einzigen Medikamentes, egal wie oft (z.B. nur Heparin 3x 5000 IE/Tag s.c.), ist „Medikamente einfach“ auszuwählen.

Frage	Wie ist die alleinige kontinuierliche i.v. Gabe von Dopamin in „Nierendosis“ zu codieren?
Antwort	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:

0	Kein Verbandswechsel/nicht erhoben
1	Routineverbandswechsel
2	Verbandswechsel häufig
3	Routineverbandswechsel und Verbandswechsel häufig

Hinweis:

Routineverbandswechsel ("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.

Routineverbandswechsel 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 Routineverbandswechsel als auch Verbandswechsel häufig ausgegeben werden.

Drainagenpflege

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Drainagenpflege/nicht erhoben
1	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.

Frage	Ist das TISS-Item Drainagenpflege auch zu erfassen, wenn ein Colostoma/Ileostoma versorgt wird?
Antwort	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.
Frage	Ist hier auch die Drainagenpflege eines Laschendrains zu codieren?
Antwort	Hier ist auch die Drainagenpflege eines Laschendrains zu codieren.

Atmungsmodus

Zulässige Ausprägungen:

0	Spontanatmung/nicht erhoben
1	BIPAP
2	CPAP
3	Assistiert
4	Kontrolliert
5	HF-Beatmung
6	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 O₂-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als kontrolliert beatmet.

Frage	Welcher Atmungsmodus ist bei einer nasalen High-Flow-Therapie zu erfassen?
Antwort	Die nasale High-Flow-Therapie ist mit Atmungsmodus „6 – Nasaler High-Flow“ zu erfassen.
Frage	Die BIPAP-Einstellung können soweit verändert werden, dass kontrolliert beatmet wird. Wann soll die Ausprägung „BIPAP“ und wann die Ausprägung „kontrolliert“ erfasst werden?
Antwort	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. Spontanatmung: Beatmung ohne unterstützende Maßnahmen; die Inspiration kommt dabei durch primäre Expansion des Thorax zustande, intrapleuraler und intrathorakaler Druck werden bei Inspiration negativ. BIPAP: Biphasisches Beatmungsverfahren mit zwei unterschiedlichen Druckniveaus (hoch, niedrig); der Wechsel von hohem zu niedrigem Druckniveau triggert die Expiration, umgekehrt die Inspiration. CPAP: Spontanatmung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck, der durch einen Flow eines Sauerstoff-Luftgemisches zustandekommt; wird entweder über eine Beatmungsmaschine oder ein spezielles Gerät angeboten. Assistiert: Das Beatmungsgerät liefert einen Atemzug, welcher allerdings durch die Patientin/den Patienten getriggert werden muss (Flow- oder Druck-Trigger). Kontrolliert: jede Beatmung, bei der ein positiver Atemwegsdruck durch die Beatmungsmaschine unabhängig von der Eigenatmung der Patientin/des Patienten angelegt wird. HF-Beatmung: Hochfrequenzbeatmung (HFOV – Hochfrequenzoszillationsbeatmung oder HFJV – Hochfrequenzjetbeatmung)

Atemwegszugang

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Atemwegszugang/nicht erhoben
1	O ₂ -Maske oder-Brille
2	CPAP-Maske
3	CPAP-Helm
4	Tubus
5	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 O₂-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als intubiert.

Frage	Wie ist der Atemwegszugang bei einer nasalen High-Flow-Therapie zu erfassen?
Antwort	Die nasale High-Flow-Therapie ist mit Atemwegszugang: O ₂ -Maske oder Brille zu erfassen.

Tubus-/Stomapflege

Pflege von künstlichen Atemwegen (Tubus, Tracheostoma).

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Tubuspflge/nicht erhoben
1	Tubuspflge

Hinweis:

Tubuspflge ("1") ist auszuwählen, wenn die Pflege eines endo-trachealen Tubus oder eine Tracheostomas durchgeführt wurden.

Frage	Wie ist eine Extubation im TISS-A zu codieren?
Antwort	Eine Extubation ist im TISS-A nicht zu codieren, auch nicht als Tubuspflge.

Atemtherapie

Atemtherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Lungenfunktion.

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Atemtherapie/nicht erhoben
1	Atemtherapie

Hinweis:

Atemtherapie ("1") ist auszuwählen, wenn eine der folgenden Aktivitäten durchgeführt wurden: Physiotherapie des Thorax, Spirometrie, Inhalationstherapie, Intratracheales Absaugen.

Frage	Ist unter Atemtherapie auch die Inhalation von Dosieraerosolen zu codieren?
Antwort	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:

0	Keine Medikamente vasoaktiv/nicht erhoben
1	Medikamente vasoaktiv einfach
2	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 Kardiotstimulanzien)
- 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 ($< 3 \mu\text{g/kg KG/min}$) 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.)

Frage	Unter „Medikamente vasoaktiv“ ist nur bei kontinuierlicher Gabe zu codieren. Was zählt hier als unteres Zeitlimit?
Antwort	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.
Frage	Wie ist der Wechsel eines vasoaktiven Medikaments (eine Substanz wird beendet, dafür eine andere eingesetzt) zu erfassen?
Antwort	Beim Wechsel eines vasoaktiven Medikaments ist „Medikamente vasoaktiv einfach“ zu codieren.
Frage	Wie ist zu codieren, wenn ein vasoaktives Medikament diskontinuierlich mehrmals am Tag verabreicht wird?
Antwort	Bei diskontinuierlicher Verabreichung eines vasoaktiven Medikaments ist nicht „Medikamente vasoaktiv“, sondern nur „Medikamente“ zu codieren.

Flüssigkeitersatz massiv

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Flüssigkeitersatz massiv/nicht erhoben
1	Flüssigkeitersatz massiv

Hinweis:

Flüssigkeitersatz massiv ("1") ist auszuwählen, wenn massiver Flüssigkeitersatz mit mehr als 3 l/m²/d, unabhängig von der Flüssigkeit, durchgeführt wurde.

Katheter arteriell

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Katheter arteriell/nicht erhoben
1	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:

0	Kein Katheter arteriell/nicht erhoben
1	Pulmonalkatheter
2	Linksatrialer Katheter
3	Lithium-Dilution
4	Pulskontur-Analyse
5	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".

Frage	Welche Methode ist auszuwählen, wenn an einem Tag unterschiedliche Methoden des hämodynamischen Monitorings angewendet wurden?
Antwort	Es ist die invasivste Methode auszuwählen.
Frage	Wie ist ein hämodynamisches Monitoring über einen PiCCO-Katheter zu codieren?
Antwort	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.
Frage	Wie ist ein kontinuierliches hämodynamisches Monitoring inklusive Bestimmung des Herzzeitvolumens über einen arteriellen Katheter (z.B. mit dem VIGILEO-System) zu codieren?
Antwort	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:

0	Kein Katheter zentralvenös/nicht erhoben
1	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.

Frage	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?
Antwort	Nein, das Item „Katheter zentralvenös“ ist nur zu erfassen, wenn über den Port auch eine Medikation zugeführt wurde.
Frage	Ist unter Katheter zentralvenös zu codieren, wenn ein:e Patient:in eine venöse Schleuse (z.B. Vena femoralis) erhalten hat?
Antwort	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:

0	Keine Reanimation kardiopulmonal/nicht erhoben
1	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.

Frage	Ist dieses Item auch zu erfassen, wenn ein:e Patient:in unter laufender CPR aufgenommen wird?
Antwort	Ja, dieses Item ist zu erfassen, wenn ein:e Patient:in unter laufender CPR aufgenommen wird.

Nierenersatztherapie

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Nierenersatztherapie/nicht erhoben
1	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:

0	Keine Harnbilanzierung/nicht erhoben
1	Harnbilanzierung

Hinweis:

Harnbilanzierung ("1") ist auszuwählen, wenn (zumindest alle 8 Stunden) die Harnmenge gemessen wurde.

Diurese aktiv

Forcierte Harnausscheidung mit Diuretika

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Diurese aktiv/nicht erhoben
1	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 (Etacrine 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“ (< 3 µg/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“.

Frage	Wie ist die Gabe von Spironolacton (z.B. Aldactone) zu codieren?
Antwort	Eine alleinige Gabe von Spironolacton ist nicht unter Diurese aktiv zu codieren.

Hirndruckmessung

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Hirndruckmessung/nicht erhoben
1	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:

0	Keine Behandlung metabolischer Entgleisungen/nicht erhoben
1	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:

0	Keine Ernährung enteral/nicht erhoben
1	Ernährung enteral

Hinweis:

Ernährung enteral ("1") ist auszuwählen, wenn eine Nahrungszufuhr über eine transnasale/-orale oder PEG-Sonde (transgastrale/jejunale Sonde) durchgeführt wurde.

Frage	Ist die gleichzeitige Codierung von enteraler und parenteraler Ernährung möglich?
Antwort	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.
Frage	Ist das TISS-Item „Ernährung enteral“ auch zu erfassen, wenn die Ernährung oral erfolgt oder nur bei Ernährung über eine Sonde?
Antwort	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:

0	Keine Ernährung parenteral/nicht erhoben
1	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:

0	Keine Intervention einfach/nicht erhoben
1	Intervention einfach
2	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.

Frage	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?
Antwort	Nein. Diese Leistungen sind im TISS-A nicht zu codieren.
Frage	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?
Antwort	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:

0	Keine Diagnostik/Therapie außerhalb der IBS/nicht erhoben
1	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.

Frage	Ist hier auch die Transferierung erwachsener Patient:innen in ein anderes Spital zu codieren?
Antwort	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:

0	Keine Agitation/Delirium/nicht erhoben
1	nicht weckbar
2	sehr sediert
3	sediert
4	ruhig und kooperativ
5	agitiert
6	sehr agitiert
7	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.

Frage	Welcher Wert ist einzugeben, wenn innerhalb eines Tages sowohl tiefe Sedierung als auch Agitation auftreten?
Antwort	Bei Veränderungen innerhalb eines Tages ist stets der höchste Wert einzugeben.
Frage	Wie ist das TISS-Item „Agitation und Delirium“ bei diesbezüglich unauffälligen Personen zu erfassen?
Antwort	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-/Agitationsscore erhoben wurde. Bei Auswertungen sind die beiden Ausprägungen zusammenzufassen.

Assist kardial

Maschinelle Systeme zur Unterstützung oder Ersatz der kardialen Pumpfunktion.

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein kardialer Assist/nicht erhoben
1	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:

0	Kein pulmonaler Assist/nicht erhoben
1	Pulmonaler Assist

Hinweis:

Pulmonaler Assist ("1") ist auszuwählen, wenn eine extrakorporale Oxygenierung und/oder extrakorporale CO₂-Elimination erfolgt.

Frage	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?
Antwort	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:

0	Keine therapeutische Hypothermie/nicht erhoben
1	Therapeutische Hypothermie

Hinweis:

Therapeutische Hypothermie ("1") ist auszuwählen, wenn eine therapeutische Hypothermie mittels apparativer Verfahren durchgeführt wird.

Frage	Ist dieses Item auch zu erfassen, wenn bei hoch fiebernden Patient:innen die Temperatur auf z.B. 38° abgekühlt wird?
Antwort	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:

0	Kein extrakorporaler Lebersupport/nicht erhoben
1	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:

0	Keine kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie/nicht erhoben
1	Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie

4.5 Algorithmen zur Scoreberechnung

4.5.1 SAPS3 Scoringtabelle

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
Alter	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)
Koexistierende Erkrankungen	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)
Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 12 Punkte vergeben.	6	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 1 ... Hämatologische Erkrankung)
	6	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 9 ... Herzinsuffizienz NYHA IV)
Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 16 Punkte vergeben.	8	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 3 ... AIDS)
	8	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 6 ... Leberzirrhose)
	11	(Koexistierende Erkrankungen, beinhaltet Position 4 ... Metastasierendes Malignom)
Belagsdauer vor Aufnahme auf ICU (bezogen auf KA-Aufahmedatum)	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)
Zutransferierung	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)
Therapeutische Maßnahmen (vor IBS)	3	(Therapeutische Maßnahmen (vor IBS), beinhaltet Position 2 ... Vasoaktive Medikamente)
Aufnahmetyp	3	(Aufnahmetyp = 2 ... Ungeplant)
Aufnahmegründe	16	Initialwert für jeden Patienten

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 4 Punkte abgezogen.	-5	(Aufnahmegrund: Kardiovaskulär = 10 ... Rhythmusstörungen)
	-4	(Aufnahmegrund: Neurologisch = 2 ... Epileptischer Anfall)
Bei gleichzeitiger Codierung beider Items werden 6 Punkte vergeben.	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 ... Intrakranieller Masseneffekt (Hirndruck))
	0	Alle anderen
Chirurgischer Status	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)
Chirurgie – Eingriff	-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
Akute Infektion bei Aufnahme	4	(Akute Infektion bei Aufnahme, beinhaltet Position 1 ... Nosokomiale Infektion)
	5	(Akute Infektion bei Aufnahme, beinhaltet Position 2 ... Respiratorische Infektion)
Glasgow Coma Scale: Gesamt-Score	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)
Serum: Bilirubin (Maximum)	0	(Serum: Bilirubin (Maximum) < 2)
	4	(Serum: Bilirubin (Maximum) >= 2) UND (Serum: Bilirubin (Maximum) < 6)
	5	(Serum: Bilirubin (Maximum) >= 6)
Körpertemperatur (Maximum)	7	(Körpertemperatur (Maximum) < 35)
	0	(Körpertemperatur (Maximum) >= 35)
Serum: Kreatinin (Maximum)	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)
Herzfrequenz (Maximum)	0	(Herzfrequenz (Maximum) < 120)
	5	(Herzfrequenz (Maximum) >= 120) UND (Herzfrequenz (Maximum) < 160)
	7	(Herzfrequenz (Maximum) >= 160)
Blutbild: Leukozyten (Minimum)	0	(Blutbild: Leukozyten (Minimum) < 15)
	2	(Blutbild: Leukozyten (Minimum) >= 15)
Blutbild: pH-Wert	3	(Blutbild: pH-Wert <= 7.25)
	0	(Blutbild: pH-Wert > 7.25)
Blutbild: Thrombozyten (Minimum)	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)
Systolischer Blutdruck (Minimum)	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)

Parameter	Score-Wert	Score-Regel
	0	(Systolischer Blutdruck (Minimum) ≥ 120)
Oxygenierung	11	($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$) UND (Mechanische Beatmung = 1 ... Mechanische Beatmung)
	7	($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \geq 100$) UND (Mechanische Beatmung = 1 ... Mechanische Beatmung)
	5	($\text{PaO}_2 < 60$) UND (Mechanische Beatmung = 0 ... Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben)
	0	($\text{PaO}_2 \geq 60$) 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	Routineverbandswechsel
	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

TISS-A Feld	Mappingregel	TISS-28 Feld
Ernährung parenteral	ident	Ernährung parenteral
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 ₂ -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 Diagnosendokumentationssystems 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