LKF Modell ambulant: Codiererläuterungen Tiroler Gesundheitsfonds 2023

Die nachfolgenden Codiererläuterungen stellen lediglich eine tirolspezifische Präzisierung/Erweiterung des bundeseinheitlichen ambulanten LKF Modells dar und beinhalten auch weiterführende Erklärungen zu den tirolspezifischen Ambulanzleistungen. Grundlage für die ambulante Dokumentation bildet weiterhin das bundeseinheitliche LKF Modell ambulant des BMSGPK.

Bei Fragen und Anregungen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Geschäftsstelle des Tiroler Gesundheitsfonds Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, Tel. +43 512 508 3703, Fax: +43 512 508 743705, gesundheitsrecht.krankenanstalten@tirol.gv.at.

1. Frage:

Welche tirolspezifischen Ambulanzleistungen gibt es und warum wurden diese eingerichtet?

Antwort:

Die tirolspezifischen Ambulanzleistungen wurden in Abstimmung mit den BMSGPK eingerichtet, damit die Tiroler Fondskrankenanstalten nach Einführung des LKF-Modells ambulant im Jahr 2019 weiterhin teure Medikamente und teure Laborleistungen mit dem Tiroler Gesundheitsfonds abrechnen können. Eine adäquate LDF-Bepunktung ist in diesen Bereichen im bundeseinheitlichen LKF-Modell ambulant nicht vorhanden.

Folgende tirolspezifische Ambulanzleitungen wurden eingerichtet:

- Y7510 - Spezielle Infusionen/ Injektionen im Rahmen einer Behandlung außerhalb der AMG21.xx
- Y7610 - Laboranalysen Kategorie 8
- Y7620 - Laboranalysen Kategorie 9
- Y7621 - Laboranalyse: SARS-CoV-2 PCR Laboranalyse
- Y7630 - Laboranalysen Kategorie 10
- Y7640 - Laboranalysen Kategorie 11
- Y7710 - Allgemeinanästhesie zur Durchführung von Zahnbehandlungen

2. Frage:

Ist bei der Codierung der tirolspezifischen Ambulanzleistungen immer eine Leistung aus dem bundeseinheitlichen ambulanten Leistungskatalog zusätzlich zu codieren?

Antwort:

Ja. Da die tirolspezifischen Ambulanzleistungen nicht an das BMSGPK weitergeleitet werden, ist die zusätzliche Dokumentation einer passenden Leistung aus dem bundeseinheitlichen Katalog erforderlich. Andernfalls wäre das Leistungsgeschehen in den Tiroler Fondskrankenanstalten im Vergleich zu anderen Österreichischen Fondskrankenanstalten nicht vollständig abgebildet.

3. Frage:
Wann darf die tirolspezifische Ambulanzleistung Y7510 - Spezielle Infusionen / Injektionen im Rahmen einer Behandlung außerhalb der AMG21.xx dokumentiert werden?

Antwort:
Die tirolspezifische Ambulanzleistung Y7510 darf – abhängig von den Materialkosten – ausschließlich bei der Verabreichung von speziellen Infusionen/Injektionen im Rahmen einer Behandlung eines Patienten dokumentiert werden, und nur, wenn die durchgeführte Leistung nicht in die AMG 21.xx des bundeseinheitlichen Modells mündet.

Werden spezielle Infusionen/Injektionen im Rahmen einer Diagnostik verabreicht, darf die tirolspezifische Ambulanzleistung Y7510 nicht codiert werden. Dies gilt auch für die Verabreichung von Blutprodukten (z. B. Erythrozytenkonzentrate).

4. Frage:
Wie wird die Leistungsanzahl bei der tirolspezifischen Ambulanzleistung Y7510 - Spezielle Infusionen / Injektionen im Rahmen einer Behandlung außerhalb der AMG21.xx ermittelt?

Antwort:
Die Leistungsanzahl ist abhängig von den Materialkosten der speziellen Infusion/Injektion zu ermitteln, wobei die Abrechenbarkeit nur gegeben ist, wenn die Materialkosten € 74,99 übersteigen. Die € 74,99 übersteigenden Materialkosten können mit der Leistungseinheit „je angefangene € 75,00 Materialkosten" verrechnet werden. Die ersten € 74,99 Materialkosten bleiben somit für jeden ambulanten Besuch in der landesspezifischen Zusatzbepunktung unberücksichtigt. Unter Materialkosten sind nur die Kosten der Arzneimittel bzw. der Wirkstoffe zu verstehen.

Die Leistungsanzahl kann z.B. mit folgender Formel ermittelt werden, wobei das Ergebnis auf ganze Zahlen abzurunden ist:

$$\text{Leistungsanzahl} = \frac{\text{Materialkosten in €}}{\text{€ 75,00}}$$

Beispiel: Die Materialkosten einer Infusion/Injektion betragen € 1.260,14.
Die Excel Formel lautet: = ABRUNDEN(Materialkosten/75;0)
€ 1.260,14 / € 75,00 = 16,80 = abrunden auf ganze Zahlen = 16.

5. Frage:
Welche bundeseinheitliche Leistung muss bei der Codierung der tirolspezifischen Ambulanzleistung Y7510 - Spezielle Infusionen / Injektionen im Rahmen einer Behandlung außerhalb der AMG21.xx codiert werden?

Antwort:
Geeignet wären folgende bundeseinheitliche Leistungen (Bezeichnung lt. LKF-Modell 2023):
- XA330 - Immunsuppressive zytostatische Therapie bei nicht-onkologischen Erkrankungen
- XE010 - XE110 Therapie seltener Erkrankungen mit Enzymen
- XS010 - XS070 Pharmakotherapie anderer seltener Erkrankungen
- XS099 - Spezifische Infusionstherapie bei Kindern mit sonstigen seltenen Erkrankungen
- XA149 - Onk. Therapie - sonstige Chemo- oder Immuntherapie

Falls keine der oben angeführten Bundesleistungen zutrifft, kann die Leistung ZZ573 - Intravenöse Medikamentenverabreichung dokumentiert werden.

6. Frage:
Wann dürfen die tirolspezifischen Ambulanzleistungen Y7610 - Laboranalysen Kategorie 8, Y7620 - Laboranalysen Kategorie 9, Y7630 - Laboranalysen Kategorie 10, Y7640 - Laboranalysen Kategorie 11 codiert werden?

Antwort:
Sobald eine Laboranalyse nach den Festlegungen im „Leistungs- und Gebührenkatalog über die Ambulanzgebühren in den Öffentlichen Krankenanstalten“ in die Kategorie 8 und höher fällt, kann zusätzlich zur bundeseinheitlichen Leistung die jeweils zutreffende tirolspezifische Ambulanzleistung codiert und mit dem TGF abgerechnet werden. Fällt eine Laboranalyse in eine niedrigere Kategorie, ist eine Abgeltung nur über das bundeseinheitliche LKF Modell möglich.

7. Frage:
Welche bundeseinheitlichen Leistungen müssen bei der Codierung der tirolspezifischen Ambulanzleistungen bei Laboranalysen der Kategorien 8 - 11 (Y7610 - Laboranalysen Kategorie 8, Y7620 - Laboranalysen Kategorie 9, Y7630 - Laboranalysen Kategorie 10 und Y7640 - Laboranalysen Kategorie 11) zusätzlich codiert werden?

Antwort:
In Frage kommen alle bundeseinheitlichen Leistungen, welche mit der Kombination ZX… (Labordiagnostik) bzw. ZV6.. (Histologische/Zytologische Diagnostik) beginnen.

8. Frage:
Wann darf die tirolspezifischen Ambulanzleistungen Y7621 - SARS-CoV-2 PCR Laboranalyse codiert werden und was gilt es dabei zu beachten?

Antwort:
Die Codierung der tirolspezifischen Zusatzleistung Y7621 dient nur zur Abrechnung von SARS-CoV-2 PCR-Laboranalysen und hat zusätzlich zu der im bundeseinheitlichen Leistungskatalog angefügten Laborleistung ZX700 - Infektionsdiagnostik zu erfolgen. Eine Abrechnung über den TGF ist nur dann zulässig, wenn keine andere Abrechnungsmöglichkeit besteht.

9. Frage:
Gibt es eine höhere TGF-Abgeltung für tirolspezifische Ambulanzleistungen bei Laboranalysen der Kategorie 8 - 10, wenn ein Analyt mehrfach befundet wird?

Antwort:
Nein, die Leistungsanzahl und Abgeltung ist nur abhängig von der Anzahl an durchgeführten Analyten, nicht jedoch von der Anzahl der Befundungen.

10. Frage:
Für Laboranalysen mit einer niedrigeren Kategorie gibt es im bundeseinheitlichen ambulanten Modell nur sehr wenige Kontaktpunkte. Müssen die bundeseinheitlichen Laborleistungen trotzdem gemeldet werden?

Antwort: Ja, es müssen alle Laborleistungen/-analysen des bundeseinheitlichen LKF-Modells ambulant gemeldet werden, unabhängig davon, welcher Kategorie diese im „Leistungs- und Gebührenkatalog über die Ambulanzgebühren“ in den Öffentlichen Krankenanstalten zugeordnet werden.

11. Frage:
Welche Krankenanstalt darf ab 01.01.2019 Laborleistungen im ambulanten Bereich mit dem TGF abrechnen?

Antwort:
Ab 01.01.2019 sind Laborleistungen für fondsrelevante ambulante PatientInnen einheitlich durch die den Patienten/die Patientin behandelnde Krankenanstalt mit den TGF abzurechnen. Dies ist auch in jenen Fällen so, in denen die behandelnde Krankenanstalt einen anderen Leistungserbringer ersucht, die Laborleistungen durchzuführen. Durch die Änderung dieser Vorgehensweise wird ab dem Jahr 2019 beim Zukauf von Laborleistungen für ambulante und stationäre PatientInnen analog vorgegangen.

12. Frage:

Wie ist im Falle eines Zukaufs von Laborleistungen vorzugehen, wenn die Rechnungslegung durch das externe Labor nicht auf die Positionen gemäß dem „Leistungs- und Gebührenkatalog über die Ambulanzgebühren in den Öffentlichen Krankenanstalten“ Bezug nimmt bzw. keine Leistungsmenge angegeben wird.

Antwort:

In diesem Fall ist die nachfolgende Zuordnungstabelle von Kosten auf Laborkategorien des TGF zu verwenden:

Kategorie	Kosten in Euro
8	> 40,00 - 69,99
9	> 70,00 - 174,99
10	mehr als 175,00

Ist auf der Rechnung keine Leistungsmenge angegeben (Pauschalabrechnung), ist bei jeder angeführten Leistungsposition/Laboranalyse anhand des Betrages in Euro zu prüfen, in welche Kategorie diese fällt. Die dadurch ermittelten Kategorien sind unabhängig von der Höhe des Betrages jeweils mit der Leistungsanzahl 1 mit dem TGF abzurechnen. Beträgt der Rechnungsbetrag für eine Laboranalyse z.B. € 150,00 kann die Kategorie 9 mit der Leistungsanzahl 1 über die tirolspezifische Ambulanzleistung „Y7620 - Laboranalysen Kategorie 9“ mit dem TGF abgerechnet werden. Voraussetzung für eine derartige Zuordnung ist jedoch, dass auf Grundlage der Textierung der Fremdrechnung ausgeschlossen werden kann, dass mit dieser Umschlüsselung Leistungen unterhalb der Kategorie 8 über die tirolspezifischen Ambulanzleistungen mit dem TGF abgerechnet werden.

Ist auf der Rechnung die Leistungsmenge (je Analyt) angeführt, ist zunächst für jede Leistungsposition/Laboranalyse der Einzelpreis in Euro zu ermitteln. Anhand des Einzelpreises ist zu prüfen, in welche Laborkategorie die durchgeführte Analyse fällt. Die dadurch ermittelte Kategorie kann dann mit der auf der Rechnung angeführten Leistungsmenge (= Leistungsanzahl) mit dem TGF abgerechnet werden. Beträgt der Einzelpreis einer Laboranalyse z.B. € 54,80 und die Leistungsmenge 4, fällt die Laboranalyse aufgrund der Zuordnungstabelle in die Kategorie 8 und kann mit der Leistungsanzahl 4 über die tirolspezifische Ambulanzleistung „Y7610 - Laboranalysen Kategorie 8 “ mit dem TGF abgerechnet werden.

Die hier dargestellte Vorgehensweise ist in der Praxis nur in Ausnahmefällen anzuwenden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass aus der Rechnungslegung von zugekauften Laborleistungen die Positionen und Leistungsmengen gemäß dem „Leistungs- und Gebührenkatalog über die Ambulanzgebühren in den Öffentlichen Krankenanstalten“ ersichtlich sind. Allenfalls muss das Fremdlabor um eine detailliertere Rechnungslegung ersucht werden.

13. Frage:

Wann darf die tirolspezifische Ambulanzleistung Y7710 - Allgemeinanästhesie zur Durchführung von Zahnbehandlungen dokumentiert werden?

Antwort:

Die tirolspezifische Leistung darf für die Abrechnung der Allgemeinanästhesie zur Durchführung von Zahnbehandlungen bei Patienten/Patientinnen codiert werden, bei denen aufgrund der psychischen und/oder physischen Verfassung andernfalls keine Behandlung möglich wäre. Bei der Leistung handelt es sich nur um einen Zuschlag für die Abrechnung der Allgemeinanästhesie. Die Kostenübernahme der eigentlichen Zahnbehandlung erfolgt über den SV-Träger des Patienten/der Patientin.

14. Frage:
Welche bundeseinheitlichen Leistungen müssen bei der Codierung der tirolspezifischen Ambulanzleistung Y7710 - Allgemeinanästhesie zur Durchführung von Zahnbehandlungen zusätzlich codiert werden?

Antwort:
In Frage kommen die Leistungen AP530 - Allgemeinanästhesie mit Maske, Larynxmaske oder endotrachealer Intubation oder AP540 - Analgosedierung.

15. Frage:
Bei welchen medizinischen Leistungen soll die Leistungsanzahl zur Einschränkung von Error- und Warningmeldungen aufgrund von Leistungsmengenüberschreitungen gecuttet werden und wie ist dabei vorzugehen?

Antwort:
Die Kürzung der Leistungsanzahlen soll nur bei den bundeseinheitlichen ambulanten Leistungen vorgenommen werden. Davon nicht betroffen sind der stationäre Bereich sowie die tirolspezifischen Ambulanzleistungen (mit Ausnahme der Errorgrenze bei der Leistung Y7510).
Die Anzahl der bundeseinheitlichen ambulanten Leistungen soll unterhalb der vordefinierten „WarninganzahlAmbulant“ lt. MELLIST.DAT des Bundes gekürzt („gecuttet“) werden. Beispielsweise ist bei der Leistung „ZB520 - Röntgenuntersuchung - Thorax “ in der MELLIST, Spalte „WarninganzahlAmbulant“ die Leistungsanzahl 2 angegeben. An den TGF darf daher nur maximal die Leitungsanzahl 1 gemeldet werden.

Hinweis: Sollte es zu einer Überschreitung der Warning- und Errorgrenze bei den tirolspezifischen Ambulanzleistungen kommen, ist dies dem TGF vorab mit Begründung mitzuteilen. Andernfalls kann die Überschreitung nicht akzeptiert werden.

16. Frage:
Wie ist die festgelegte Errorgrenze in Höhe von 500 Leistungen bei der tirolspezifischen Ambulanzleistung Y7510 - Spezielle Infusionen/ Injektionen im Rahmen einer Behandlung außerhalb der AMG21.xx zu verstehen?

Antwort:
Um der zunehmenden Dynamik im Bereich der teuren Medikamente entgegenzuwirken und eine unbegrenzte automatische Abgeltung extrem teurer Medikamentengaben aus Mitteln des TGF zu vermeiden, ist die angeführte Erroranzahl bei der Leistung Y7510 als Ausgabenobergrenze zu verstehen. Eine Überschreitung der Grenze wird seitens der Geschäftsstelle des TGFs nicht akzeptiert. Maximal kann daher eine Leistungsanzahl von 499 mit dem TGF abgerechnet werden.

Hinweis: Eine nur virtuelle Aufteilung einer Medikamentenverabreichung auf mehrere ambulante Besuche, um die Leistung dennoch gesamthaft mit dem TGF abrechnen zu können, ist nicht zulässig.

17. Frage:

Wann sind die Leistungen ZZ532 - Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung), ZZ533 - Fachspezifische Folgekonsultation (Befundbesprechung/Kontrollen) und ZZ534 - Telemedizinische Folgekonsultation (Befundbesprechung, Therapieplan) zu codieren?

Antwort:

Die Leistung ZZ532 - Fachspezifische Erstuntersuchung soll beim Erstkontakt eines Patienten/einer Patientin codiert werden. Nachfolgende Kontakte des Patienten/der Patientin zum selben Krankheitsfall sollen mit der Leistung ZZ533 - Fachspezifische Folgekonsultation oder ZZ543 - Telemedizinische Folgekonsultation codiert werden. Besucht derselbe Patient/dieselbe Patientin aufgrund eines neuen Krankheitsbildes nochmals die Ambulanz, kann erneut die ZZ532 - Fachspezifische Erstuntersuchung codiert werden.

Eine Codierung der Leistungen auf den Fachhauptbereich Labor erscheint unplausibel und kommt daher nicht in Betracht.

Sonderfall Radiologie: Telemedizinische Folgekonsultationen am Funktionscode der Radiologie dürfen nur dann erfasst werden, wenn eine Befundbesprechung erfolgt. Aufklärungsgespräche vor Untersuchungen oder Interventionen fallen hier nicht darunter, da sie bereits Bestandteil der radiologischen Leistung sind.

Hinweise:

Grundsätzlich kann nur ein Erstkontakt oder eine Folgekonsultation pro Tag und pro Funktionscode codiert werden, auch wenn ein Patient/eine Patientin wegen demselben Krankheitsfall mehrmals am Tag die Ambulanz aufsucht.

Ein telemedizinischer Folgebesuch muss davor vereinbart worden und in der Patientenakte dokumentiert sein. Die Dokumentation einer telemed. Folgekonsultation muss analog zum Kontakt mit physischer Anwesenheit folgendes beinhalten:

- Fachspezifische Dekurserhebung der beim ambulanten Besuch erhobenen Untersuchungsergebnisse und ihre Interpretation
- Besprechung der weiteren diagnostischen Vorgehensweise sowie der therapeutischen Möglichkeiten des Therapieplans

18. Frage:

Ist die Leistung ZZ532 - Fachspezifische Erstuntersuchung (Anamnese, fachspezifische Basisuntersuchung) abhängig vom jeweiligen Quartal zu melden, wie dies im Handbuch medizinische Dokumentation Kapitel 3.6 (Hinweis 18-960) gefordert wird?

Antwort:

Nein, da eine Abgrenzung von Leistungen nach dem Quartalsbegriff in Krankenanstalten nicht vorgesehen ist, soll die Codierung in den Tiroler Fondskrankenanstalten einheitlich je Krankheitsfall erfolgen.

19. Frage:

Wann darf die Leistung ZZ710 - Mehrstündige Betreuung und Beobachtung auf einem dafür vorgesehenen ambulanten Betreuungsplatz in einer ambulanten Erstversorgungseinheit, codiert werden?

Antwort:

Die ZZ710 darf nur unter folgenden Voraussetzungen codiert werden:

1. Vorhandensein einer Zentralen Ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE) bzw. Ambulanten Erstversorgungseinheit (AEE) sowie Führung einer eigenen Kostenstelle
2. Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds
3. Mehrstündige (im Regelfall zumindest 6 Stunden) Beobachtung/Betreuung bei akuter Gesundheitsgefährdung auf einem dafür ausgewiesenen Betreuungsplatz in einer genehmigten Erstversorgungseinheit.
4. Die Art und Dauer der Beobachtung / Betreuung im Rahmen der ZZ710 ist nachvollziehbar zu dokumentieren.

Für die Einrichtung einer ZAE darf auf das Schreiben vom 19.12.2018, A6-TR-ALLG-A2016/75-2018 der Abt. Gesundheitsrecht und Krankenanstalten verwiesen werden.

Hinweis: Die Abrechenbarkeit der Leistung wird für das LKF-Jahr 2023 ausgesetzt.

20. Frage:

Können tagesklinische Leistungen in Tirol auch ambulant erbracht bzw. dokumentiert werden?

Antwort:

Tagesklinische Leistungen sind in Tirol grundsätzlich stationär zu erbringen und zu dokumentieren. Mit der stationären Dokumentation ist sichergestellt, dass die Daten in geeigneter Weise für planerische Zwecke und die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben des Bundes-Zielsteuerungsvertrages herangezogen werden können. Dies gilt insbesondere für geplante Eingriffe. Nach Rücksprache mit dem Tiroler Gesundheitsfonds ist in begründeten Ausnahmefällen eine Dokumentation auch ambulant möglich.

21. Frage:

Wie ist bei der Codierung und Abrechnung von bisherigen 0-Tagesaufenthalten (NTA) ab dem Leistungsjahr 2019 vorzugehen?

Antwort:

Die tirolspezifische Ausgestaltung lautet wie folgt:

weiterhin **stationär**	grundsätzlich **ambulant**			
NTA mit **Entlassungsart S - Sterbefall** oder **T - Transfer**	ehemalige NTA des halbstationären Bereichs künftig: ambulante Tagesbehandlungen (oder ambulante tagesstrukturierende Behandlungen) in der PSY, KJP, PSO, AG/R	⇨	**keine** stationäre Abrechnung möglich	
NTA mit Leistungen aus dem **Tagesklinikmodell**	ehemalige NTA der onkologischen Therapie u. anderer Pharmakotherapien (MEL 22.xx) künftig: AMG 21.xx	⇨	TK: 235 Pkt LK: 100%	stationäre Abrechnung nur **in Ausnahmefällen** möglich (Umfang max. ca. 15%)
NTA in **Sonderbereichen PAL, RNS, AG/R, NEU-ANB, KJP (Behandlungsform I, A oder E)**	ehemalige NTA mit einer der folgend angeführten **5 Leistungen**: **BG020** – Photodynamische Therapie der Makula (LE=je Sitzung), **BG030** – Intravitreale Injektion mit Anti-VEGF (LE=je Seite), **GE010** – Bronchoskopie (LE=je Sitzung), **HH020** – Koloskopie mit Polypektomie (LE=je Sitzung) **QE010** – Stereotaktische Mammabiopsie (LE=je Sitzung)	⇨	TK: 30 Pkt LK: reduziert	
	ehemalige NTA in anderen MEL Gruppen inklusive NTA mit Entlassungsart 4 - gegen Revers	⇨	TK: 30 Pkt LK: 100%	
	Sonstige NTA	⇨	TK: 30 Pkt LK: -	

22. Frage:

Kann die Leistung ZZ722 - Strukturierte neurolinguistische Diagnostik dokumentiert werden?

Antwort:

Nein. Die Leistung ZZ722 ist eine Basisleistung für ein abgestimmtes, umfangreiches, konservatives Leistungsprogramm zur Abbildung einer mehrstündigen – in räumlich und zeitlicher Hinsicht strukturierten – Betreuung im spitalsambulanten Bereich. Diese Leistung kann daher in den Tiroler Fondskrankenanstalten nicht dokumentiert werden.

Hinweis: Die Abrechnung der Leistung erfordert eine entsprechende Genehmigung durch den Landesgesundheitsfonds. Die Genehmigung ist gebunden an die Vorlage eines Konzeptes für die tagesambulante Behandlung beim Fonds mit Darstellung/Beschreibung:

- der Patientengruppe,
- der beteiligten leistungserbringenden Organisationseinheiten des Krankenhauses,
- des routinemäßigen Prozesses,
- der diagnostischen und therapeutischen Leistungen und
- der erwarteten Fallzahlen und der erwarteten Reduktion stationärer Aufenthalte.

23. Frage:

Welche Voraussetzungen ist für die Dokumentation der Leistung ZZ723 - Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA erforderlich und was gilt es zu beachten?

Antwort:

Bei der Leistung ZZ723 - Strukturierte Nachsorge nach Schlaganfall und TIA handelt es sich um eine einmalige, strukturierte Nachsorge nach akutem ischämischen Schlaganfall oder TIA durch ein multidisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten/Ärztinnen, Diplompflegern/Diplompflegerinnen, Therapeuten/Therapeutinnen und Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen.

Mindestinhalte / beinhaltender Leistungsumfang: neurologische Untersuchung (ZZ532, ZZ533), Blutabnahme (ZV510), kognitive Testung (AM530, AM535), Screening nach Schlaganfallkomplikationen (post-Stroke Checklist) inklusive Depression (Beck Depressionsinventar) und Schmerz-Assessment, Pflege-Assessment, Messung von Risikofaktoren (Blutdruck, Körpergewicht, Bauch- und Hüftumfang, LDL Cholesterin, etc.) (ZX580), Assessment durch Physio- und Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen (ZZ550), Beratung durch das Stroke-Team und Informationstransfer an die weiterbetreuenden Ärzte/Ärztinnen sowie fakultativ eine Neurosonographie (EA510, EB510).

Hinweis: Bei der Dokumentation der Leistung ZZ723 ist eine Codierung von weiterer Leistungen am selben Funktionscode nicht gestattet. Weiters besteht die Verpflichtung zur Erfassung einer Haupt- und Zusatzdiagnose (Hauptdiagnose: G45.x oder I63.x; Zusatzdiagnose: 204.0).

24. Frage:

Wie sind Inzisionen an der Haut richtig zu codieren?

Antwort:

Alle Inzisionen an der Haut sind unabhängig von der Lage und der Länge der Inzision unter QZ525 - Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht zu erfassen.

25. Frage:

Wie sind Exzisionen /Resektionen von Haut und Weichteilgewebe richtig zu dokumentieren?

Antwort:

Unabhängig von der Anzahl sind Exzisionen /Resektionen unter folgend Leistungscodes zu erfassen:

- QZ525 - Inzision oder Exzision an der Haut mit/ohne Naht
  Entfernung von Läsionen an der Haut / Subcutis (z. B. Naevi, Abszess, Panaritium cutane, Lipome, …)
- QZ540 - Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe mit plastischem Wundverschluss
  Exzisionen /Resektionen von Haut und darunterliegendem Weichteilgewebe mit Rekonstruktion durch lokale Plastiken.
- LZ033 - Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an Kopf, Hals und Rumpf
- MZ033 - Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an der oberen Extremität
- NZ033 - Exzision/Resektion von nicht oberflächlichem Weichteilgewebe an der unteren Extremität
  Entfernung von tiefsitzenden, infiltrierend wachsenden bzw. intramuskulären Tumoren/Neubildungen, oder Gefäßmalformationen mit Rekonstruktion der Haut mittels lokaler, definierter Lappenplastik.

Abweichungen / Sonderfälle:

- Die Entfernung von Lipomen – auch tiefsitzende – mit direktem Wundverschluss sind unter QZ525 zu dokumentieren. Erfolgt nach Resektion großer, ausgedehnter Lipome ein plastischem Wundverschluss, kann dieser unter QZ540 erfasst werden. QZ525 bzw. QZ540 sind grundsätzlich nur dann zu codieren, wenn es sich bei der Lipom Entfernung um einen eigenständigen Eingriff handelt. Die Mitnahme von Lipomen bei anderen Operationen ist nicht zusätzlich zu erfassen.
- Resektionen im Gesichtsbereich mit primärem Wundverschluss inklusive Dehnungsplastik sind unter QZ540 zu codieren.

Hinweise:

Temporäre Wundabdeckung z.B. Epigard-Einnähungen sind unter QZ525 zu erfassen. Wird der Gewebsdefekt erst in einer 2. Sitzung mit einer Lappenplastik verschlossen, ist „QZ550 – Sekundärer plastischer Wundverschluss“ zu codieren.

Keine Unterscheidung zwischen groß/klein bzw. einfach/komplex!

26. Frage:

Ist die Dokumentation der Leistung ZN325 - Positronenemissionstomographie (PET) und ZN340 - PET-CT am selben Tag möglich?

Antwort:

Nein, die gleichzeitige Anfertigung von PET- und CT-Bildern ist nur unter ZN340 - PET-CT zu codieren. Die PET Untersuchung (ZN325) ist bereits in der Leistung PET-CT (ZN340) enthalten.

27. Frage:

Wie sind Biopsien unter Bildgebung richtig zu dokumentieren?

Antwort:

Gerätegezielte Biopsien sind unter den Leistungsnummern ZN010 - ZN040 „Organbiopsie …“ zu erfassen,
z. B. Stanzbiopsie Weichteiltumor Bauchwand CT-gezielt → ZN030 Organbiopsie - CT-gezielt

28. Frage:
Wie erfolgt die Codierung von perkutanen Punktionen mit und ohne Drainage?

Antwort:
Bei ambulanten Besuchen ist das Anbringen therapeutischer Drainagen - mit und ohne Ultraschall - unter ZN540 - Anbringen therapeutischer Drainagen - ultraschallgezielt/ohne Bildgebung zu codieren. Dies gilt auch für die Anlage einer Bülau-Drainage über Minithorakotomie. Eine Minithorakotomie kann zusätzlich unter der Leistung LJ059 - Sonstige Operation - Thorax, Thoraxwand dokumentiert werden.
Die Anlage eines permanenten Drainagesystems z.B. PleurX™ Kathetersystem ist unter der Leistung ZN545 - Anlage eines permanenten Drainagesystems - ultraschallgezielt zu codieren.

Ausgenommen sind:
- ZN090 - Anbringen therapeutischer Drainagen - bildwandlergezielt
- ZN100 - Anbringen therapeutischer Drainagen - CT-gezielt
- ZN110 - Anbringen therapeutischer Drainagen - MR-gezielt

Reine Entlastungspunktion ohne verbleibende Drainage sind unter der jeweiligen Leistungsposition zu erfassen z. B. LM510 - Punktion der Brust- oder Bauchhöhle, ZN520 - Punktion von Zysten und anderen flüssigkeitsgefüllten Hohlräumen.

Hinweis: Im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist das Anbringen therapeutischer Drainagen nur dann zu codieren, wenn die Indikation zur bildgesteuerten Durchführung gegeben ist.

29. Frage:
Was gilt es bei der ambulanten Behandlung von Patienten mit Post-COVID zu beachten?

Antwort:
Für alle ambulanten Kontakte, die aufgrund von Post-COVID an den Tiroler Fondskrankenanstalten behandelt werden, ist eine verpflichtende Diagnosendokumentation unter dem ICD-10 Code U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet erforderlich.

Für die Abrechnung der erbrachten Untersuchungen sind ausschließlich die im Leistungskatalog des BMSGPK angegeben Schlüsselnummern zu verwenden.
Beispiele:
- GL550 Spiroergometrie
- GJ510 Riechprüfung
- HQ510 Geschmacksprüfung
- DE510 Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe

30. Frage:
Wie sind Kälteanwendung im Rahmen einer Chemotherapie zu dokumentieren?

Antwort:
Die gezielte Abkühlung von Kopf, Händen und / oder Füßen im Zuge einer Chemotherapie kann unter der Leistung ZN775 Wärme- oder Kältetherapie erfasst werden.

31. <u>Frage:</u>
Wie sind ungeplante Abwesenheiten im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie zu dokumentieren?

<u>Antwort:</u>
Erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme zur Abklärung von medizinischen oder persönlichen Gründen des Fernbleibens von einer tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrie (umfasst die Akutanamnese, Abfrage von körperlichen und psychischen Symptomen etc.), kann die Leistung ZZ534 - Telemedizinische Folgekonsultation dokumentiert werden.

Bei Verdacht auf Vorliegen von akuter Selbst- bzw. Fremdgefährdung kann statt der Leistung ZZ534 – telemedizinische Folgekonsultation, die Leistung AM581 - Telemedizinische Krisenintervention erfasst werden. Die Leistung AM581 muss durch eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie, einer klinischen Psychologin / einem klinischen Psychologen oder Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten durchgeführt worden sein.

Die telefonische Kontaktaufnahme muss gut nachvollziehbar in der Krankengeschichte dokumentiert werden.

32. <u>Frage:</u>
Wie sind Vorsorgeuntersuchungen im spitalsambulanten Bereich zu dokumentieren?

<u>Antwort:</u>
Die Leistungen:
- ZN881 - Allgemeine Vorsorgeuntersuchung
- ZN882 - Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- ZN883 - Vorsorgeuntersuchung - Mammographie
- ZN884 - Vorsorgeuntersuchung - Koloskopie
- ZN885 - Vorsorgeuntersuchung - Labor und andere

sind mit dem Vermerk „gemäß nationalem Vorsorgeprogramm“ für den niedergelassenen Bereich vorgesehen. Diese Leistungen sollen daher in den Tiroler Fondskrankenanstalten nicht dokumentiert werden. Anstelle der Vorsorgeuntersuchungen sind die diagnostischen Leistungen entsprechend dem aktuell gültigen Leistungskatalog des BMSGPK heranzuziehen.