

BKAÄ

CODEWORT SPITAL

Mit 1. Juli 2026 soll die Diagnosecodierung in den Ordinationen verpflichtend werden. In den Spitälern ist Codierung seit Jahren Usus und die ambulante Codierung seit geraumer Zeit verpflichtend. Thorsten Medwedeff hat sich mit dem Kurienobmann der angestellten Ärzte im Burgenland, Martin Ivanschitz, der im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt als Facharzt für Orthopädie und Traumatologie arbeitet, angeschaut, wofür das gemacht wird, wie es funktioniert, welche Vorteile Codierung bringt und wo noch Verbesserungsbedarf besteht.

Während die Codierung im niedergelassenen Bereich vor allem der Strukturierung medizinischer Informationen, der statistischen Auswertung von einzelnen medizinischen Leistungen, der Versorgungstransparenz und – künftig – der Leistungsdokumentation gegenüber Sozialversicherungsträgern dienen soll, ist sie in den Krankenhäusern vor allem ein Abrechnungs- und Steuerungssystem.

Der gesetzliche Hintergrund kurz zusammengefasst: Die Codierung ambulanter Leistungen in österreichischen Krankenhäusern zu deren Finanzierung erfolgt primär über das sogenannte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF). Dafür gibt es einen speziellen Leistungskatalog des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieser bildet ambulante Leistungen nach dem Behandlungspatientenmodell und spezifischen Codierungen, z.B. mit ICD-Code oder OPS-ähnlichen Codes, ab. Diese werden in LKF-Punkte umgerechnet und bestimmen zusammen mit den Landesbasiswerten die Finanzierung. Dieses System stellt sicher, dass medizinische Leistungen

während eines Spitalsaufenthalts nach bundeseinheitlichen Kriterien bewertet und abgegolten werden. Die Landesbasiswerte richten sich auch nach regionalen Gegebenheiten.

Unter OPS versteht man einen Operationen- und Prozedurenschlüssel. Der ICD10-Code ist die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme und folgt einer medizinischen Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

KORREKTE CODIERUNG, KORREKTE FINANZIERUNG

Jede Leistung wird nach dem ICD10-Katalog verschlüsselt. Wie jedes Jahr wurden auch 2025 diese Kataloge adaptiert und aktualisiert, „um das klinische Geschehen up to date abbilden zu

können“, so Ivanschitz. Die jeweiligen LKF-Punkte ergeben sich, so der Unfallchirurg, „aus einer Kombination von Hauptdiagnose, Begleitdiagnose und erbrachten Leistungen. Daraus wird eine LKF-Fallgruppe ermittelt (Anm.: z.B. MEL-Medizinische Einzelleistungen oder HDG-Homogene Diagnosegruppen), der eine bestimmte Punktzahl zugeschrieben ist“. Die Summe der so erwirtschafteten Punkte wird wiederum mit einem spezifischen Punktwert multipliziert, der vom jeweiligen Landesfonds festgelegt wird und die Finanzierung des jeweiligen Spitals bestimmt. „Eine korrekte Codierung kommt natürlich auch – wenn auch indirekt – den Patienten zugute. Nur dann sind angemessene Mittel gesichert, die helfen, ausreichend ärztliches bzw. medizinisches Personal und neue, technische Geräte und damit die Behandlungsqualität abzusichern.“ Eine Untercodierung könnte langfristig zu einer Ressourcenknappheit führen.

„ES DARF KEIN SINNLOSER DATENMÜLL
PRODUZIERT WERDEN.“

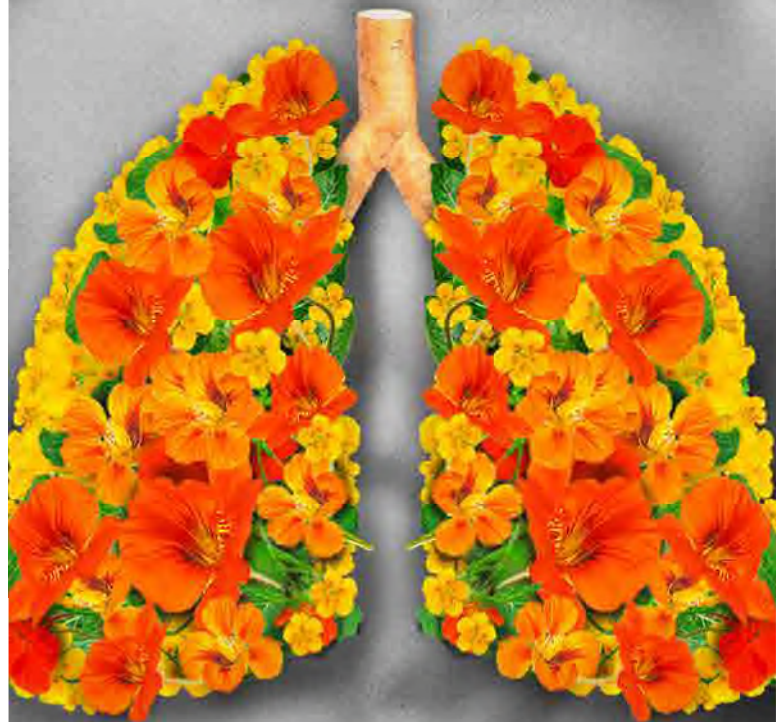
Daher nehme man die Codierung trotz des Aufwands sehr ernst. In Eisenstadt gibt es für das LKF-System und die Codierung zwei verantwortliche Ärzte pro Abteilung, die eine Kontrollfunktion ausüben und die Qualität und Korrektheit der eingetragenen Codierungen überprüfen. „Die Codierung der Leistungen selbst erfolgt mit einem eigenen, sehr einfachen Suchsystem mit Schlagwörtern.“ Die Dokumentation bezieht sich auf die gesamte Hospitalisierungsperiode und wird in einem zentralen IT-System erfasst. Die Ärzte werden dabei von Dokumentationsassistenten unterstützt – am Ende steht auch noch ein Controlling durch die Spitalverwaltung, wo es auch eigene Codierungsassistenten gibt.

CODIERUNG UNTERSTÜTZT ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT

Ivanschitz unterstreicht auch die Bedeutung der Codierung im Spital für die freie Entscheidungsgewalt im Rahmen der ärztlichen Expertise: „Im Spitalbereich ist die medizinische Entscheidung weitgehend von der individuellen Abrechnung entkoppelt. Die Codierung dient primär der Dokumentation und der fallbezogenen Finanzierung des Krankenhauses – nicht der Honorierung einzelner ärztlicher Entscheidungen. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte ihre Therapie primär an medizinischen und klinisch notwendigen Kriterien ausrichten, ohne bei jedem Schritt den unmittelbaren finanziellen Erlös mitdenken zu müssen.“ Darüber hinaus könnten die Spitäler, aber auch die einzelnen Abteilungen, deutlicher und klar dokumentiert zeigen, welche Leistungen sie häufig und komplex erbringen. Das untermauert auch die Expertise der Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Spezialfach.

Was die Digitalisierung im Spital generell betrifft, so müsse der Fokus immer auf die Patientensicherheit und den hundertprozentigen Datenschutz gerichtet sein: „Wir müssen gewährleisten, dass keine Gesundheitsdaten missbräuchlich verwendet werden können. Dazu bräuchte es ein österreichweit einheitliches und sicheres IT-System, wo die Spitalärzte, Spitäler und der niedergelassene Bereich miteinander verknüpft werden. Und der Mehraufwand, der bei der Digitalisierung betrieben wird, muss ausschließlich für die Verbesserung des Gesundheitssystems verwendet werden – es darf kein sinnloser Datenmüll produziert werden. Damit alle diese Maßnahmen erfolgreich sind, ist es dringend nötig, die Ärzteschaft einzubinden. Wir sind die Experten für die Steuerung und Planung im Gesundheitswesen.“ <

ANTIVIRALER EFFEKT STATT GRIPPALERM INFEKT



1 Wirkt antiviral & antibakteriell¹⁻⁵

2 Wirkt entzündlich^{1,6,7}

3 Wirkt bei Sinusitis & Bronchitis^{1,8,9}

1. Fachinformation Angocin® Stand März 2024. 2. Winter A. G., Willeke L., Arch. Mikrobiol. (1958). 3. Sprössig M. et al. Zeitschr. f. Hygiene (1956). 4. Conrad A. et al. Drug Res (2013). 5. Conrad A. et al. Drug Res (2006). 6. Herz C. et al. Journal of Functional Foods (2016). 7. Tran H. T. T. et al. Phytomedicine (2016). 8. Goos K. H. et al. Drug Res (2006). 9. Goos, K.-H. et al. Drug Res. (2007).