



UP TO DATE

KEINE ANGST VOR DER DIAGNOSE- CODIERUNG

Ab 1. Jänner 2026 besteht eine Verpflichtung zur Diagnosecodierung, die für eine hohe Erwartungshaltung, aber auch viel Programmier- und Organisationsaufwand sorgt.

Wie der Stand der Technik aktuell aus Sicht des Fachverbands der Elektro- und Elektronikindustrie FEEI aussieht, erklärt Gerhard Stimac, Sprecher der Plattform für Digitale Gesundheit, Managementberater und E-Health-Experte, im Interview.

Wie weit sind die Vorbereitungen seitens der Bundesregierung gediehen?

Die Vorbereitung zur Codierung ist, soweit die Bundesregierung dafür zuständig ist, abgeschlossen. Ein zentrales Codierservice wurde bereits als Testsystem den Arztsoftwareherstellern zur Verfügung gestellt. Eine Beschreibung des Services ist ebenfalls vorhanden, die Softwarehersteller, die Produkte für den niedergelassenen Bereich anbieten, arbeiten an der Umsetzung. Dieses Codierservice des Ministeriums, das fachlich von der ELGA GmbH betreut wird, unterstützt Ärztinnen und Ärzte bei der Codierung.

Wie sieht für Praxisinhaberinnen und -inhaber der Ablauf einer Codierung aus?

Vereinfacht kann man sich das so vorstellen: Die Ärztin oder der Arzt erfasst im Freitext ihre oder seine Diagnose wie bisher. Die Arztsoftware sendet diese „Freitextdiagnose“ an das Codierservice und das Codierservice sendet eine Trefferliste (ICD-10- und SNOMED-CT-Codes) retour. Daraus wählt die Ärztin oder der Arzt dann die korrekte Codierung aus. Die Freitextdiagnose sowie die dazu passende codierte Dia-

gnose werden im lokalen Arztsoftwaresystem gespeichert. Da es sich um ein zentrales Service handelt, lernt dieses Service selbst mit und kann sehr genaue Treffer liefern, was den Aufwand in der Praxis minimiert.

Gibt es die Verordnung für die Klassifikation schon?

Die Klassifikation wurde letztes Jahr bereits verordnet – ICD-10- wird vom Ministerium verlangt, lokal soll nach SNOMED CT codiert werden. In einem Schreiben an alle Arztsoftwarehersteller wird von der Ärztekammer eine qualitätsvolle Umsetzung in SNOMED CT gefordert.



Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer empfiehlt im Zusammenhang mit der verpflichtenden Umsetzung der Codierung im niedergelassenen Bereich, das zentrale Codierservice zu nutzen und für die medizinische Dokumentation den Standard SNOMED CT zu verwenden. Nur durch die Nutzung dieses Standards ist es möglich, eine qualitativ hochwertige und einheitliche Erfassung von Diagnosen zu gewährleisten.



OMR Dr. Elgar Wutscher,
VP Österreichische
Ärztekammer

Was bedeutet das für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte?

Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass sie im zweiten Halbjahr 2025 mit entsprechenden Codiermodulen ausgestattet werden müssen und dass sich die Praxen rechtzeitig bei ihren Softwareanbietern erkundigen müssen, wie die Lieferfähigkeit der neuen Softwarefunktionen aussieht. Bis zum Jahresende zu warten, ist nicht ratsam, da die Codierung doch ein wenig den gewohnten Workflow verändern wird – eine kurze Trainingsphase sollte für die Anwenderin oder den Anwender eingeplant werden.

Was bedeutet das für Software-Anbieter?

Die Anbieter sind derzeit massiv gefordert, in kurzer Zeit eine qualitätsvolle Umsetzung der Codierung zu entwickeln. Es laufen viele Abstimmungen mit ELGA wie auch mit dem Ministerium und als wichtigster Partner in diesem Prozess mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte – dem e-Health-Referat. Diesen Abstimmungsprozess zwischen Ärztekammer und Softwarehersteller begleiten wir als Fachverband Elektro- und Elektronikindustrie (FEEI) mit der Plattform für Digitale Gesundheit.

Braucht es Input seitens der Ärztinnen und Ärzte?

Es ist enorm wichtig, dass die Softwarehersteller gute Vorgaben auch seitens der Anwenderinnen und Anwender bekommen, um eine möglichst gute Integration zu ermöglichen. Diese Abstimmungsrunden werden im Mai abgeschlossen sein und damit kann neben dem Codierservice auch die Erfassungslogik eingebaut werden. Einer Bereitstellung der neuen Funktionen sollte im dritten Quartal 2025 also nichts mehr im Wege stehen.

Können Software-Programme die Daten auswerten und entsprechende Informationen an die Ärztinnen und Ärzte liefern – etwa im Hinblick auf Epidemiologie etc.?

Mit der Diagnosecodierung und SNOMED CT bricht ein neues Zeitalter an – an die codierten Daten können wiederum weitere Unterstützungssysteme für den Ordinationsalltag angebunden werden. Denken wir nur an einen Interaktionscheck – dieser kann nun auch die Diagnose-Situation einer Patientin oder eines Patienten berücksichtigen. Auch Leitlinien- oder Decision-Support-Systeme können nun wesentlich zielgerichteter dabei helfen, fundierte Entscheidungen zu treffen. Das Auslesen von Befunden – so diese mit codierten Diagnosen ausgestattet sind – wird ebenfalls massiv erleichtert. Das „stupide und oftmalige Abschreiben“ entfällt damit. Ein weiterer Punkt ist natürlich die Übermittlung der pseudonymisierten Daten an das Ministerium, die ja auch mit Mitte 2026 starten soll. Da gibt es

aber noch viel Diskussionsbedarf zwischen den Stakeholdern, wie wir beobachten. Aber wenn die Daten einmal an zentraler Stelle vorhanden sind, ist sicherlich eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens möglich.

Der stationäre Bereich und PVEs sind bereits zur Codierung verpflichtet. Wie sind deren Erfahrungen damit?

Die Erfahrungen in den PVEs sind gemischt – die Erfassung läuft gut, die Auswertung oft weniger. Aber auch hier erwarten wir einen Boost, denn die Softwareindustrie rüstet auf und wird rund um das Thema Codierung viele Verbesserungen und Funktionen in die Systeme aufnehmen. Durch das nun bald tausendfache Feedback der Anwenderinnen und Anwender profitieren auch die Systeme und werden besser.

Wie wird Ihrer Meinung nach die Umsetzung ablaufen?

Die Umsetzung wird alle Anwenderinnen, Anwender, Lieferantinnen und Lieferanten von Softwaresystemen rund um den Jahreswechsel fordern. Wenn Anwenderinnen, Anwender, Entwicklerinnen und Entwickler gut zusammenarbeiten, dann können wir jedoch gemeinsam einen großen Schritt vorwärts machen. Wie bereits erwähnt, sind viele neue Funktionen, basierend auf der Diagnosecodierung, möglich – und damit helfen wir dabei, Zeit bei der Dokumentation zu sparen und durch Unterstützungssysteme die Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Wie steht die PDG dazu?

Ich persönlich befasse mich mit Diagnosecodierung bereits seit mehr als 20 Jahren – diese Expertise konnten wir nun in der Plattform für Digitale Gesundheit gut für die Branche nutzen. Nicht zuletzt stammt die Idee der zentralen Codierung, die nun vom Ministerium zur Verfügung gestellt wird, aus unserer Feder. Wir sehen uns als Ideengeber und verlässlicher Partner für die Stakeholder, die nun an diesem Prozess beteiligt sind und versuchen, für unsere Mitgliedbetriebe möglichst frühzeitig und umfassend Informationen zu beschaffen, damit sie die geforderte qualitätsvolle Umsetzung in ihren Softwareprodukten bereitstellen können.

Was kann die Diagnosecodierung bewirken, wenn sie denn einmal flächendeckend eingeführt ist?

Sie wird zu einer höheren Behandlungsqualität führen, der Dokumentationsaufwand wird sinken und das Gesundheitssystem ist besser zu steuern. Zu guter Letzt wird die Forschung über bessere Daten verfügen. ■



Gerhard Stimac,
Sprecher der Plattform für Digitale Gesundheit (FEEI),
Managementberater und E-Health-Experte



Die Freitextdiagnose sowie die dazu passende codierte Diagnose werden im lokalen Arztsoftwaresystem gespeichert. Da es sich um ein zentrales Service handelt, lernt dieses Service selbst mit und kann sehr genaue Treffer liefern, was den Aufwand in der Praxis minimiert.

