

Richtlinie

zur

Datenqualitätskontrolle und -sicherung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher, weiblicher und diverser Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

01.07.2026





INHALTSVERZEICHNIS

PRÄAMBEL	3
ALLGEMEINES	3
§ 1 Allgemeine Informationen	3
§ 2 Grundlagen	3
§ 3 Datenerfassung	4
PRÜFVERFAHREN	4
§ 4 Prüfmechanismen	4
§ 5 ÖSG-Qualitätskriterien	4
§ 6 Stichproben	4
§ 7 Plausibilitätsprüfungen	4
§ 8 Sonderabfragen	5
§ 9 Besichtigungen	5
§ 10 Ablauf Prüfmechanismen	5
§ 11 Schwerwiegende Dokumentationsfehler	6
SCHLUSSBESTIMMUNGEN	6
§ 12 Schiedskommission	6
§ 13 Geltung	6



PRÄAMBEL

Die medizinische Dokumentation erfüllt eine zentrale Funktion in der Organisation von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen, dient als wesentliches Kommunikationsinstrument und ist darüber hinaus zur Erfüllung gesetzlicher Anforderungen unabdingbar. Während die Erfassung administrativer Daten im Allgemeinen als strukturierter und weitgehend fehlerresistenter Prozess betrachtet werden kann, unterliegt die Dokumentation medizinischer Daten aufgrund der Komplexität des Erhebungs- und Übermittlungsprozesses einem erhöhten Fehlerrisiko. Es ist daher zwingend geboten, diese Daten vor ihrer weiteren Verwendung - sei es als Grundlage für die leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung oder für statistische Auswertungen - einer systematischen Qualitätsprüfung zu unterziehen (Quelle: LKF-Systembeschreibung, Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)).

Der Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES) ist verpflichtet, die in den Fondskrankenanstalten codierten Diagnosen und Leistungen auf ihre Qualität entsprechend der LKF-Codiervorschriften zu prüfen. Als Schnittstelle zwischen den Fondskrankenanstalten und dem für Gesundheit zuständigen Bundesministerium ist es Aufgabe des medizinischen Controllings auftretende Codierfragen zu lösen, die Umsetzung neuer Vorgaben gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und dem LKF-Modell zu begleiten, sowie an der Weiterentwicklung der bestehenden Vorgaben mitzuwirken.

Der ÖSG ist das zentrale Planungsinstrument auf Bundesebene für die integrative Versorgungsplanung in Österreich und seit 2013 integraler Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit. Er enthält als Rahmenplan verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsversorgungssystems sowie Kriterien für die Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität (Quelle: Der Österreichische Strukturplan Gesundheit - ÖSG). Medizinische Leistungen ohne Nachweis der gültigen Qualitätskriterien gemäß ÖSG können mit dem SAGES nicht abgerechnet werden.

ALLGEMEINES

§ 1 Allgemeine Informationen

Ziel dieser Richtlinie ist es die Datenqualitätskontrolle und -sicherung zu verbessern.

§ 2 Grundlagen

Folgende Bestimmungen sind zu beachten:

1. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen Gesundheitsdokumentationsgesetz (DokuG) idgF
2. Die LKF-Systembeschreibung und ÖSG idgF
3. Das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz 2016 idgF
4. Die vorliegende Richtlinie
5. Zwischen der Geschäftsführung des SAGES und den Fondskrankenanstalten vereinbarte Vorgehensweisen



§ 3 Datenerfassung

Die im Rahmen der Prüfung von den Fondskrankenanstalten zur Verfügung gestellten Daten können vom SAGES für Auswertungen sowie Publikationen verwendet werden.

PRÜFVERFAHREN

§ 4 Prüfmechanismen

- (1) Der SAGES ist zur Prüfung der von den Fondskrankenanstalten codierten Diagnosen und Leistungen auf ihre Richtigkeit, Vollständigkeit und Qualität verpflichtet.
- (2) Die Prüfung erfolgt über Stichproben, Plausibilitätsprüfungen (LKF-Scoring-Programm XDok) und Sonderabfragen.

§ 5 ÖSG-Qualitätskriterien

- (1) Der ÖSG enthält Grundlagen für die Festlegung von Versorgungsaufträgen (Leistungsspektren und Qualitätskriterien). Der Nachweis der Strukturqualitätskriterien des ÖSG ist die Basis für die Abgeltung von Leistungen. Mit Hilfe der ÖSG Leistungsmatrix werden Rahmenbedingungen bestimmter Leistungen vorgegeben.
- (2) Die von den Fondskrankenanstalten codierten Leistungen werden monatlich hinsichtlich ihrer Konformität mit den Vorgaben der Leistungsmatrix des ÖSG geprüft.
- (3) Ergibt die Prüfung einen Verstoß gegen die Qualitätskriterien (ÖSG-Error), hat die betroffene Fondskrankenanstalt die relevanten Unterlagen (Arztbriefe, OP-Protokolle, ggf. Stellungnahme) zu übermitteln.
- (4) Bei Vorliegen einer Ausnahmeregelung, wie beispielsweise einem Notfall, ist der ÖSG-Error zu akzeptieren.
- (5) Bei Verstößen gegen die Qualitätsvorgaben der Leistungsmatrix des ÖSG kann der SAGES, nicht nur den entsprechenden Punktwert der Leistung abziehen, sondern den gesamten betroffenen Fall nicht vergüten.

§ 6 Stichproben

Aus den von den Fondskrankenanstalten gemeldeten Leistungen werden monatlich stationäre Fälle und quartalsweise ambulante Fälle nach dem Zufallsprinzip angefordert und geprüft, wobei jene mit höheren Punktwerten vorrangig herangezogen werden.

§ 7 Plausibilitätsprüfungen

Im LKF-Scoring-Programm (XDok) sind routinemäßige Plausibilitätskontrollen enthalten. Das Ziel der Plausibilitätskontrollen besteht darin, Mängel in der Datenerhebung frühzeitig zu erkennen und zu beheben. Unterschieden wird zwischen

1. formalen Prüfungen, die die Datenstruktur und die Zulässigkeit von definierten Wertebereichen betreffen, wie beispielsweise die Gültigkeit eines Datums und



2. formalen Prüfungen, die auf der logischen Verknüpfung mehrerer medizinischer Informationen eines Behandlungsfalls basieren und so beispielsweise Diagnosen und erbrachte Leistungen im Zusammenhang mit dem Alter und dem Geschlecht der Patienten vergleichen.

Wenn Plausibilitätskriterien nicht erfüllt sind, wird eine Fehlermeldung (Error) z.B. bei gesperrten Leistungen, die eine Mindestfallzahl benötigen oder Warnung (Warning) z.B. „medizinische Leistung ohne plausible Diagnose“ ausgelöst. Diese müssen von den Codierbeauftragten der jeweiligen Fondskrankenanstalten überprüft und, falls nötig, korrigiert werden. Die automatisierten Prüfroutinen basieren auf einem logischen Zusammenhang, der auf medizinischen Plausibilitäten im Basisdatensatz (MBDS) beruht. Sie sind in das vom zuständigen Bundesministerium bereitgestellte Bepunktungsprogramm (XDok) integriert. Allerdings kann erst nach genauer Prüfung anhand weiterer Unterlagen ein Fall, trotz Error oder Warning, durch den SAGES als korrekt eingestuft und abgerechnet werden.

Es hat jede Krankenanstalt selbst für eine Überprüfung und gegebenenfalls eine Richtigstellung ihrer Warning-Datensätze vor Weiterleitung der Datensätze an den SAGES zu sorgen.

§ 8 Sonderabfragen

Der SAGES prüft regelmäßig mittels Sonderabfragen gewisse Bereiche, welche im Laufe der Monatsprüfung und/oder nach bestimmten Kriterien statistisch auffallen (optimierte Hauptdiagnosen-Gruppen, systemische Fehler, Codiermissverständnisse, Interpretationsbreite von Codierrichtlinien, usw.) und überprüft auch neue Codiervorschriften oder Leistungen.

§ 9 Besichtigungen

Neben den Datenprüfungen gemäß SAGES-Gesetz § 29, können auch vor Ort Besichtigungen durch den SAGES durchgeführt werden.

§ 10 Ablauf Prüfmechanismen

- (1) Der SAGES fordert die ausgewählten Fälle von den Fondskrankenanstalten an. Auf Grund des Datenschutzes sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Unterlagen anonymisiert und elektronisch dem SAGES innerhalb zwei Wochen vollständig zur Verfügung zu stellen.
- (2) Ergibt eine Prüfung, dass die gemeldeten Datensätze unvollständig, unplausibel oder fehlerhaft sind, kann der SAGES eine Stellungnahme sowie alle relevanten Unterlagen einfordern und einen Änderungsvorschlag übermitteln.
- (3) Die Fondskrankenanstalt hat entsprechend dem Änderungsvorschlag des SAGES eine Korrektur der betreffenden Datensätze vorzunehmen.
- (4) Der Änderungsvorschlag muss bis spätestens einen Monat nach Erhalt dieses Änderungsvorschlags bearbeitet werden. Ansonsten siehe § 11 schwerwiegende Dokumentationsfehler.
- (5) Die Änderungsvorschläge sind im Jahresdatensatz einzubringen, welche wiederum vom medizinischen Controlling überprüft werden.



(6) Die Verantwortung für eine gegebenenfalls nötige Plausibilisierung der Richtigkeit einer Dokumentation liegt bei den Krankenanstalten.

§ 11 Schwerwiegende Dokumentationsfehler

- (1) Als schwerwiegende Dokumentationsfehler werden jedenfalls angesehen:
1. Die Nichtbeachtung von Änderungsvorschlägen bzw. wiederholt auftretende Codierfehler bei gleichartigen Behandlungsfällen,
 2. auffällig hohe Fehlerquoten,
 3. nicht korrigierte Datensätze,
 4. unbegründet veränderte Datensätze sowie
 5. eine Nachcodierung zwischen 1. und 2. Jahresdatensatzmeldung ohne Abstimmung ist zu unterlassen.
- (2) Bei Vorliegen von schwerwiegenden Dokumentationsfehlern kann der SAGES insbesondere
1. die aus der Fehlcodierung resultierenden Punkte mit einem Aufschlag von bis zu 100% in Abzug bringen,
 2. die Anrechnung des Punktwertes der entsprechenden Leistung für einen festgelegten Zeitraum aussetzen und
 3. das Thema im SAGES Jour fixe und/oder die Gesundheitsplattform behandeln.

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

§ 12 Schiedskommission

Bei Streitigkeiten über allfällige Ansprüche aus einem Beschluss der Gesundheitsplattform ist die Schiedskommission gemäß § 88 SKAG zuständig.

§ 13 Geltung

Diese Richtlinie tritt mit 01.07.2026 in Kraft.