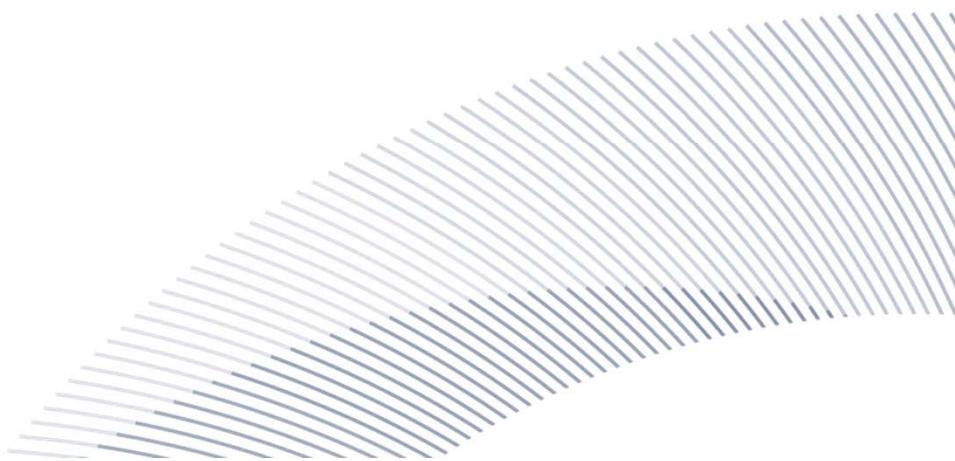


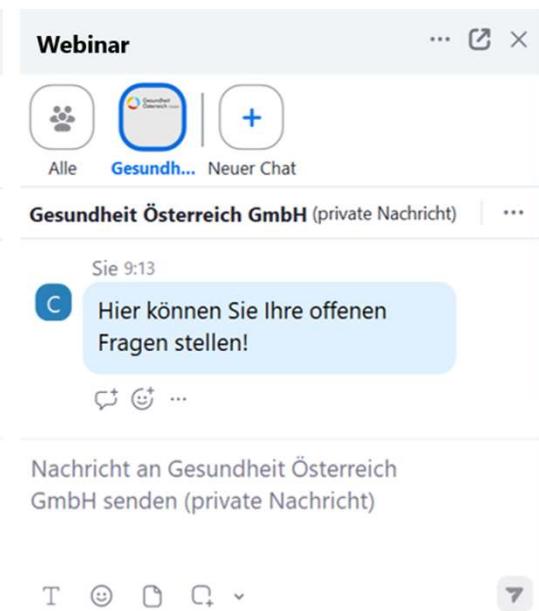
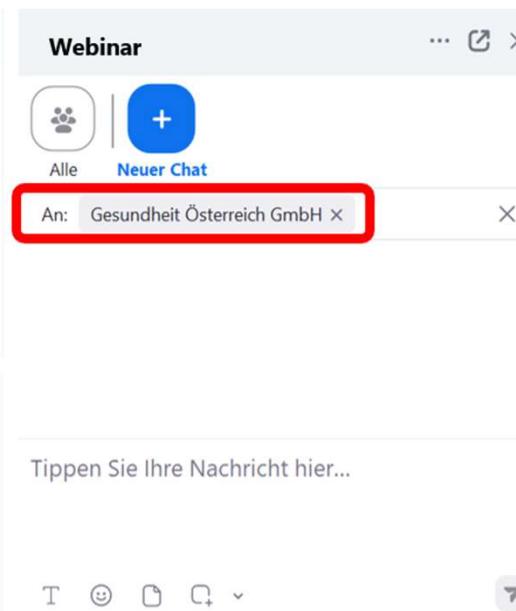
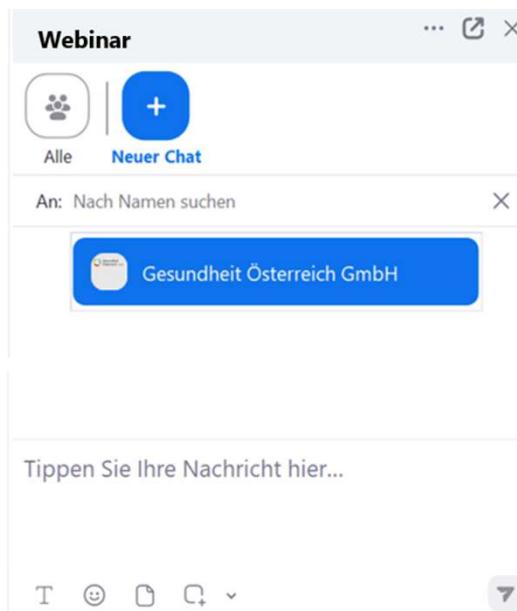
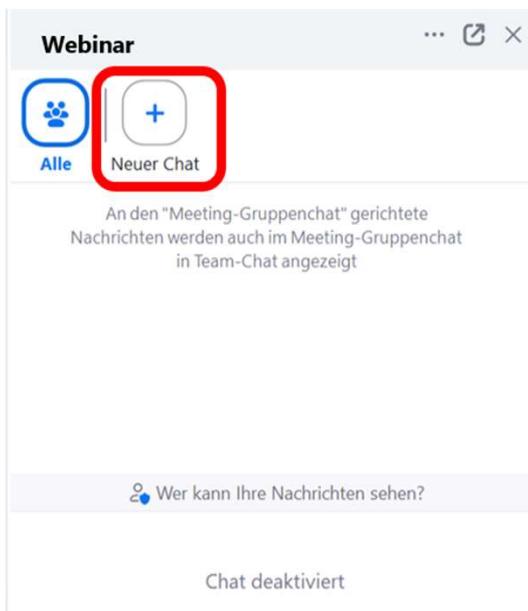
Ambulante Diagnosencodierung im Wahlarztbereich

Webinar
9. Dezember 2025



Organisatorischer Rahmen während des Webinars

Fragen bitte in den Chat an
Gesundheit Österreich GmbH



Agenda

Gesetzliche Grundlagen

e-Wahlpartner Schnittstelle des DSVV

Bedeutung von Gesundheitsdaten

Grundprinzipien und Beispiele zum Codieren

e-Health Codierservice

Fragerunde

Diagnosen- und Leistungsübermittlung im Kontext des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen



Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen

- Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (BGBl. I Nr. 191/2023)
- Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen – Doku-G (BGBl. Nr. 745/1996) i.d.g.F
- Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO (BGBl. II Nr. 367/2024)



Bundeseinheitliche Verpflichtung, eine codierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen und nach den entsprechenden Bestimmungen zu übermitteln.

1. Diagnosencodierung und Übermittlung von ICD-10-Codes (lt. GD-VO)
2. Spitalsambulanzen mit 1.1.2025
3. Extramuraler Bereich (ngl. Ärztinnen/Ärzte, Gruppenpraxen sowie selbständige Ambulatorien mit Kassenverträgen und ohne Kassenverträge) mit 1.1.2026

Abänderungsantrag am 2.12.2025
bis 30. Juni 2026 Pilotbetrieb!
vollumfängliche Datenmeldung erst
ab 3. Quartal 2026 verpflichtend

Gesetzliche Grundlagen

Umfasste extramurale Leistungserbringer:innen



* inkl. eigene Einrichtungen der SV



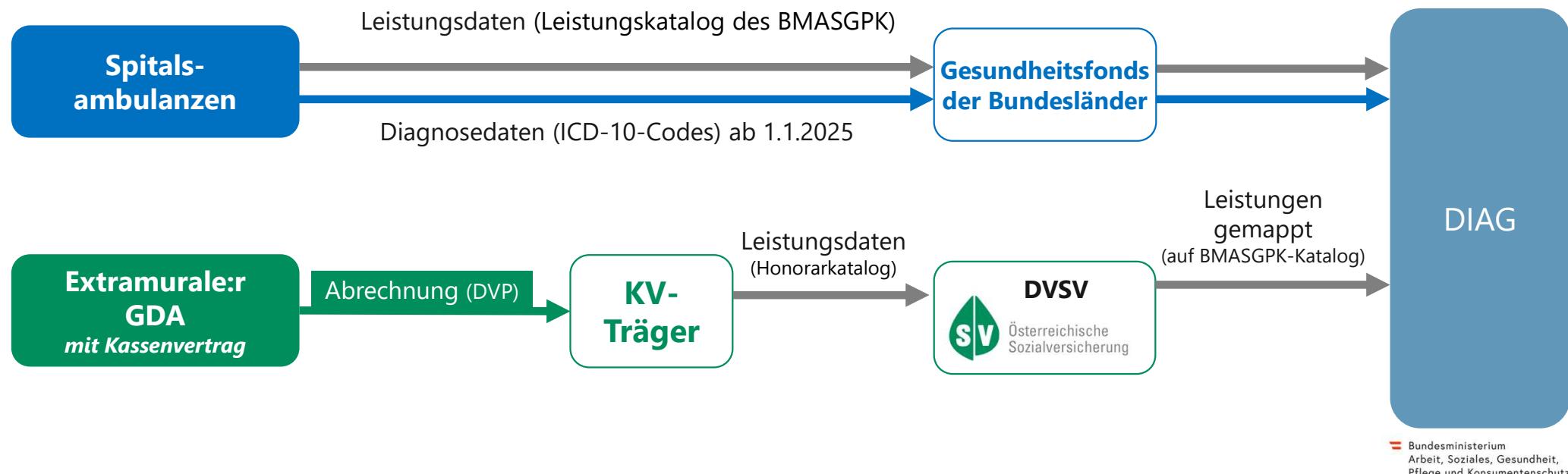
Ausnahme: weniger als 300 verschiedenen Patientinnen/Patienten pro Jahr

alle ärztlichen Fachrichtungen
von der Übermittlung der
Diagnosecodes umfasst

Ausnahme: Zahnmedizin
(neue Zahnärztinnen/-ärzte,
FÄ f. ZMK, KFO)

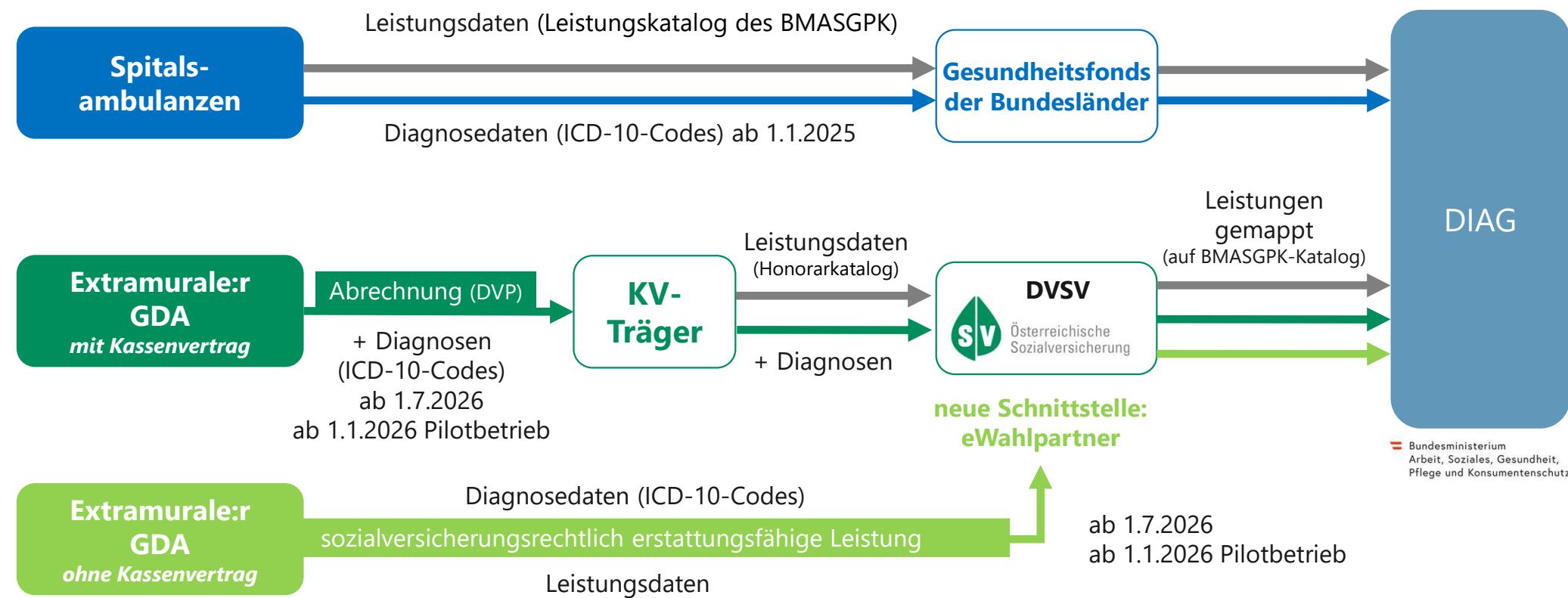
Gesetzliche Rahmenbedingungen

Datenwege (derzeit)



Gesetzliche Rahmenbedingungen

Datenwege (ab 1.1.2026)



Meldewege bei folgenden Vertragssituationen

Fall 1 „alle Kassen“



per
Abrechnung
an KV-Träger

Fall 2 „einzelne Kassen“ & „privat“



PRIVATE
Leistung
aber
sozialversicherungs-
rechtlich
erstattungsfähig

per
Abrechnung
an KV-Träger



Fall 3 nur „privat“

PRIVATE
Leistung
aber
sozialversicherungs-
rechtlich
erstattungsfähig



AUSNAHME:
bei insgesamt weniger als
300 unterschiedlichen
Patient:innen im Jahr

Zusatzfall Vertrag mit KFA



verwendet
DVP-Schnittstelle



verwendet
DVP-Schnittstelle
NICHT

per
Abrechnung
an KFA



AUSNAHME:
keine Meldung
bei „allen Kassen“

— Ausnahmeregelung im Wahlarztbereich

Wenn **keine Pflicht zur Nutzung der „e-Card-Infrastruktur“ nach Ärztegesetz** besteht, auch keine Pflicht zur Übermittlung der Diagnosen- und Leistungsdaten nach dem Doku-G.

d.h. Doku-G (§ 6a Abs. 4) bezieht sich auf das Ärztegesetz (§ 49 Abs. 7 Z 1)

Ausnahmen von der Pflicht gemäß Ärztegesetz, wenn **keine Verhältnismäßigkeit*** vorliegt.

Diese liegt laut BMASGPK nicht vor, bei **insgesamt weniger als 300 verschiedenen Patientinnen/Patienten pro Jahr**.

- unabhängig vom Krankenversicherungsträger, inkludiert sind auch KFA-Teilnehmer und privatversicherte bzw. nicht versicherte Personen
- unabhängig von der Anzahl an Kontakten
- bei mehreren Ordinationsstandorten sind die Patientinnen bzw. Patienten summiert zu betrachten

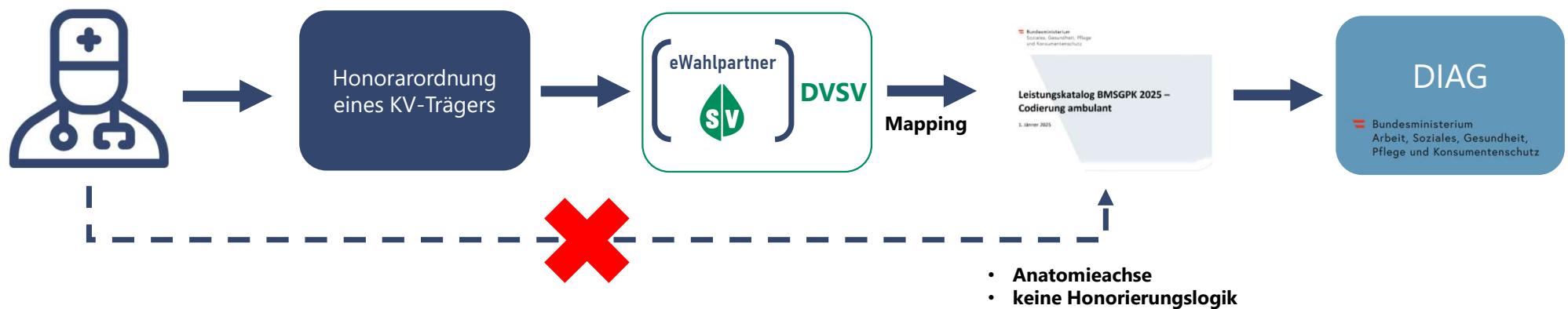
Weiter Ausnahmen gemäß Ärztegesetz:

- Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich gutachterliche Aufträge erfüllen.
- Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich als Arbeitsmedizinerinnen bzw. Arbeitsmediziner (§ 81 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) tätig sind.
- Wohnsitzärztinnen bzw. Wohnsitzärzte mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationsstätten.

* Bezieht sich inhaltlich u.a. auf Mehraufwand in Relation mit den Einnahmen und dem zeitlichen Umfang der Wahlarztätigkeit

Übermittlung der Leistungen durch Leistungserbringer:innen ohne Kassenvertrag

Auf Grundlage einer von der Leistungsbringerin/dem Leistungserbringer **zu wählenden Honorarordnung eines Trägers einer gesetzlichen Krankenversicherung** (vgl. § 6a Abs. 4, Doku-G)



e-Wahlpartner Schnittstelle

Bedeutung der Diagnosendokumentation

Bedeutung der Diagnosendokumentation

Erstmalig vollständige Dokumentation zu Diagnosen (und Leistungen) im Gesundheitswesen



Dokumentation nach:

- ICD-10 BMASGPK – Systematisches Verzeichnis
- Leistungskatalog BMASGPK – Codierung ambulant

Pseudonymisierte Daten, die unterschiedliche Institutionen nutzen
bzw. daraus aufbereitete Auswertungen* erhalten, z. B.

 Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

 Landesgesundheitsfonds

 ÖSTERREICHISCHE
SOZIALVERSICHERUNG

 STATISTIK AUSTRIA
Die Informationsmanager

 Rechnungshof
Österreich
Unabhängig und objektiv für Sie.

*  Parlament
Österreich

*  OECD

*  World Health
Organization

* „Science“
wissenschaftliche Anfragen bzw. für Studien

Insbesondere auch für die
Ärztinnen/Ärzte in den
Praxen von Bedeutung



Bedeutung der Diagnosendokumentation

Anwendungsbeispiele

- keine Echtzeitübermittlung der Diagnose- (und Leistungsdaten)
- zukünftige e-Health Anwendungen brauchen eigene gesetzliche Regelungen und technische Lösungen und SNOMED CT
- Aufwand der Ärztinnen/Ärzte für die Diagnosencodierung wird sich dadurch nicht erhöhen > e-Health Codierservice liefert ICD-10 und SNOMED CT gleichzeitig

Grundprinzipien der Diagnosencodierung

Grundprinzip der ambulanten Diagnosencodierung

Erfassung und Übermittlung des medizinischen Grundes für den Patient:innen-Kontakt

Der Begriff Diagnose ist im Kontext der gesetzlichen Diagnosencodierung im ambulanten Bereich somit nicht ausschließlich als abgeklärte Diagnose, sondern als **Grund für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens (am Ende des Kontaktes)** zu verstehen.



Grundprinzip der ambulanten Diagnosencodierung

Diagnose kann zu Kontakt angegeben werden

→ JA

ICD-10-Code für Diagnose

→ NEIN

ICD-10-Code für Symptom

Kapitel XVIII

→ KEINE GESUNDHEITSSTÖRUNG

ICD-10-Code für sonstige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Kapitel XXI



Grundlagen der Diagnosencodierung

Unterschied Haupt- und Zusatzdiagnosen

Die **Hauptdiagnose** beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen als **Hauptgrund für den ambulanten Kontakt** herausgestellt hat. Diese Diagnose beschreibt den **medizinischen Grund für den ambulanten Besuch**.

Wenn mehrere Diagnosen vorliegen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Kontakt beschreiben, ist eine davon als **Hauptdiagnose** zu kennzeichnen; alle weiteren sind als **Zusatzdiagnosen** zu übermitteln.

Beispiel

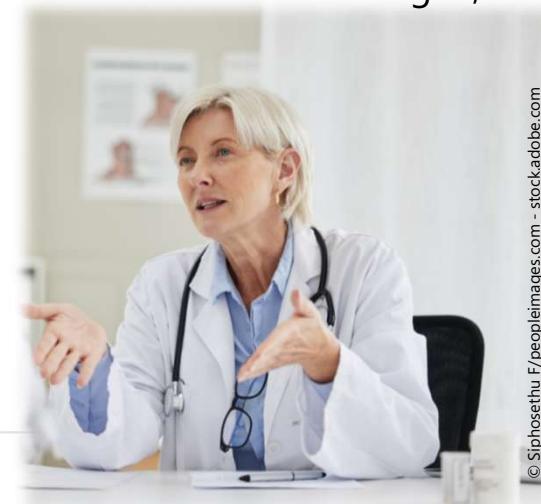
Nach einem Sturz ergibt sich eine Schulterluxation und mehrere oberflächliche Abschürfungen.

Hauptdiagnose

S43.0 Luxation des Schultergelenkes

Zusatzdiagnose

T00.9 Multiple oberflächliche Verletzungen, nicht näher bezeichnet



Warum keine Verdachts-, Status-Post oder Dauerdiagnosen?

Da jede codierte Diagnose als bestätigte Diagnose interpretiert wird, sind **Verdachtsdiagnosen nicht zu übermitteln**. Anstelle des Verdachts ist das schwerwiegendste Symptom/Befund zu übermitteln.

Bestimmte **Status-Post Diagnosen** sind wichtig in der Patientenakte/Krankengeschichte, aber (in der Regel) **kein Grund für den aktuellen Kontakt**.

Dauerdiagnosen sind jedes Mal zu übermitteln, wenn sie der Grund für den aktuellen Kontakt sind.

Beispiel

Patient:in kommt mit rechtem Unterbauchschmerz in die Praxis.

- **Verdacht auf Appendizitis**, nicht gesichert
- **Symptom wird als Grund** für ambulanten Kontakt **übermittelt**
→ R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches

z. B. jedes Mal ICD-10-Code für **Diabetes mellitus**

- damit auch quantitative Erfassung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen chronischen Erkrankungen gesichert

Codieren in der Praxis - Beispiele



Beschwerden/Symptome

Ein:e Patient:in ohne bekannte Erkrankung kommt mit Schwellung, Rötung und Schmerzen im Rachen seit drei Tagen.

→ „Tonsillitis“

J03.9 Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet
oder
J03.0 Streptokokken-Tonsillitis bei positivem Streptokokken-Schnelltest

nicht abgeschlossene diagnostische Abklärung

Im Rahmen einer Untersuchung wird ein Knoten in der Brust festgestellt, es erfolgt eine Überweisung zur bildgebenden Diagnostik. Der vorliegende Kenntnisstand:

→ „Knoten in der Brust“

N63 Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]

Dauerdiagnose

Ein:e Patient:in kommt zur Kontrolle/wegen Beschwerden im Kontext seiner:ihrer chronischen Herzinsuffizienz.

→ „Herzinsuffizienz“

I50.0 Rechtsherzinsuffizienz



Vorsorge

Ein:e Patient:in kommt zur Vorsorgeuntersuchung zum:zur Allgemeinmediziner:in.

→ „Vorsorgeuntersuchung“

Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung

Impfung

Ein:e Patient:in kommt zur Grippeimpfung zum:zur Allgemeinmediziner:in.

→ „Impfung“

Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet

Verordnung

Ein:e Patient:in kommt, um ein Rezept für eine Dauermedikation aufgrund einer chronischen Erkrankung abzuholen

→ „wiederholte Rezeptierung“

Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung
oder
ICD-10-Code für die chronische Erkrankung

Diagnosencodierung in diagnostischen Fächern und Instituten

- Radiologie (inkl. CT, MRT)
- Labordiagnostik
- Pathologie
- Physikalische Medizin



— Diagnostische Fächer (Labor, Röntgen, Pathologie)

- Bei ambulanten Kontakten (ggf. auch ohne physischen Kontakt z.B. bei Laboreinsendungen), ist eine Hauptdiagnose zu erfassen.
- Es können die von der zuweisenden Stelle übermittelten diagnostischen Informationen (Symptome/Erkrankungen) verwendet werden.
 - Aber: Keine Übermittlung von Diagnosen, die im Zusammenhang mit „Verdacht auf“ oder „Ausschluss von“ verwendet werden!
- Liegen keine Informationen zu den Gründen des ambulanten Kontaktes vor, soll ein ICD-10-Code aus dem Kapitel XXI übermittelt werden, z.B.:
 - Z01.6! Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert
 - Z01.7! Laboruntersuchung
 - Z01.8! Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen

Radiologie



Rechter Unterbauchschmerz:
Abdomensonographie zeigt einen
verdickten, nicht komprimierbaren
Appendix mit Target Sign.

→ „Appendizitis“

K35.9 Akute Appendizitis, nicht
näher bezeichnet

Im Lungenröntgen zeigen sich
weißlich-verschattete Areale
rechts basal. Es wurden keine
klinischen Angaben gemacht.

→ „Lungeninfiltrat“

R91 Abnorme Befunde der
Lunge in der Bildgebung

Physikalische Medizin

Die Zuweisungsdiagnose „Lumbago“ wird
bei der Erstuntersuchung bestätigt

→ „Lumbalgie“

M54.5 Kreuzschmerz

bei mehreren
Therapieeinheiten
Diagnose bei Kontakten
fortgeschrieben

Zur Zuweisungsdiagnose „Koxarthrose, bds.“ wird
anamnestisch eine angeborene Fehlbildung festgestellt.

→ „Dysplastische Koxarthrose“

M16.2 Koxarthrose als Folge
einer Dysplasie, beidseitig

Pathologie

Leberbiopsat mit milden Steatose- und Entzündungszeichen, kein Hinweis auf Malignität, ballonierte Hepatozyten und lymphozytäre Infiltrate

→ „NASH“

K75.8 Sonstige näher bezeichnete entzündliche Leberkrankheiten

Hautexzision, Muttermal, Veränderung in Farbe und Form. Pigmentierte Zellen in Epidermis und Dermis, Zellarchitektur homogen, keine Atypien, Ränder tumorfrei

→ „Benignes Nävuszellnävus“

D22.9 Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet

Labordiagnostik

In einer Blutbilduntersuchung zeigt sich eine Leukozytose.

→ „Leukozytose“

R72 Veränderung der Leukozyten, anderenorts nicht klassifiziert

In einer Harnuntersuchung zeigen sich über der Norm liegende Proteine

→ „Proteinurie“

R80 Isolierte Proteinurie



Grundlagen der Diagnosencodierung

Dokumente auf der Webseite des BMASGPK für weitere Informationen

■ Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Medizinische Dokumentation – Codierhinweise bis inklusive 40. LKF- Rundschreiben

1. Jänner 2025

[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem- und-Qualitaets sicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs- und-Diagnosendokumentation.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets sicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs-und-Diagnosendokumentation.html)

■ Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich

Diagnosencodierung
25. Juni 2025

[https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Medizinische-Dokumentation- und-LKF-Rundschreiben-2025.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Medizinische-Dokumentation-und-LKF-Rundschreiben-2025.html)

■ Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

ICD-10 BMSGPK 2025 – Systematisches Verzeichnis

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter
Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMSGPK-Version 2025+
31. Jänner 2025

[https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:695f578c-1905-4cd2-8553-68803658a1b0/ICD-10%20BMSGPK%202025 +%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS%20SP1%2020250131.pdf](https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:695f578c-1905-4cd2-8553-68803658a1b0/ICD-10%20BMSGPK%202025+%20-%20SYSTEMATISCHES%20VERZEICHNIS%20SP1%2020250131.pdf)

Fragen zur Codierung können an die E-Mail-Adresse **AMBCO-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at** übermittelt werden.

e-Health Codierservice
