

# FAQ Ambulante Diagnosencodierung

Fragesammlung basierend auf dem GÖG-Webinar vom 21.10.2025  
**„Ambulante Diagnosencodierung: Wer, Was & Wie in der  
medizinischen Praxis“**

Stand: 15.12.2025

Dieses FAQ wird kontinuierlich aktualisiert und um zusätzliche Fragen erweitert, die im Rahmen weiterer Webinare entstehen.

# 1 Wer ist von der ambulanten Diagnosencodierung betroffen? Wann ist zu codieren?

## **Betrifft die ambulante Diagnosencodierung auch Wahlärztinnen und Wahlärzte?**

Ja, die ambulante Diagnosencodierung betrifft alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im ambulanten Bereich, auch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ohne Kassenvertrag (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen, selbständige Ambulatorien). Eine Übermittlungspflicht von Diagnosen besteht aber nur betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähiger Leistungen. Soweit jedoch keine Pflicht zur Nutzung der e-Card-Infrastruktur (lt. ÄrzteG) besteht, besteht auch keine Pflicht zur Übermittlung der Diagnosedaten. Damit sind Wahlarztordinationen mit weniger als 300 unterschiedlichen Patientinnen und Patienten im Jahr ausgenommen.

## **Muss ein selbständiges Ambulatorium mit kleinem Rezepturrecht, das aber keine Abrechnungsvereinbarung für die Leistungen mit der ÖGK hat (ist durch Stadt Wien finanziert), trotzdem die Diagnosen mitteilen?**

Ja, grundsätzlich sind alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im extramuralen ambulanten Bereich, unabhängig davon, ob ein Kassenvertrag abgeschlossen wurde bzw. wie die Honorierung der Leistungen erfolgt, zur Diagnosenübermittlung verpflichtet. Eine Übermittlungspflicht von Diagnosen besteht aber nur betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen.

## **Muss ich dann nur bei ärztlichem Kontakt codieren oder auch wenn Leistungen beim Physiotherapeuten in Anspruch genommen werden?**

In einem selbstständigen Ambulatorium unter ärztlicher Leitung fallen auch Kontakte mit Leistungen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten unter die Codierpflicht. Selbstständige Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in einer eigenen Praxis stellen selbst keine Diagnosen und sind daher nicht vom Gesetz umfasst.

## **Bei einer Hausapotheke: Wenn "nur" Dauermedikamente ausgegeben werden, muss dann codiert werden?**

Nein, wenn es sich nur um eine Medikamentenausgabe handelt und keine ärztliche Konsultation stattfindet, ist dies kein Kontakt, zu dem Diagnosen zu übermitteln sind.

## **Manche Dinge werden kurzerhand am Telefon besprochen ohne physischen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten – ist das zu codieren, vor allem wenn man hierzu einen Vermerk in der KG macht? Wird hier zwischen Fachpersonal (DGKS) und ärztlichem Personal unterschieden?**

Es sind codierte Diagnosen betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen zu übermitteln. Kurze Telefonkontakte werden in der Regel nicht davon betroffen sein, sofern es sich nicht um eine honorierte telemedizinische Leistung handelt. Die Diagnoseverpflichtung richtet sich an ärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, da andere Berufsgruppen (mit wenigen Ausnahmen) nicht berechtigt sind Diagnosen zu stellen. Die

Dokumentation kann an nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegiert werden. Sofern keine Gesundheitsstörungen vorliegen (z.B. administrativer Grund für den Kontakt) fällt eine Codierung nicht unter den ärztlichen Diagnosevorbehalt.

**Wie sieht es mit der Meldepflicht beim Betrieb von ärztlichen Notdiensten aus (z.B. 141-Ärztefunkdienst Wien)?**

Da es sich bei dieser Tätigkeit um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer handelt, die nicht wie im Doku-G aufgezählt der Kategorie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen oder selbständige Ambulatorien zugehörig sind, besteht keine Meldepflicht für Diagnosen und Leistungen.

## 2 Rahmenbedingungen

**Gibt es Übergangsfristen, wenn die eigene Ordinationssoftware-Firma die Umsetzung nicht bis zum 1.1.2026 schafft?**

Ja, ein 6-monatiger Pilotbetrieb wurde am 2. Dezember in die DokuG-Novelle 2025 aufgenommen. Somit gelten die ersten beiden Quartale 2026 als Pilotbetrieb und eine vollumfängliche Datenmeldung hat ab dem dritten Quartal 2026 zu erfolgen. Eine Meldung ist bereits ab 1. Jänner 2026 möglich und soll für die Pilotierung genutzt werden.

**Muss man bei jedem Patientenkontakt codieren oder nur 1-mal im Quartal?**

Es muss zu jedem Besuch bei einer Leistungserbringerin bzw. einem Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen sowie selbständige Ambulatorien) ein ICD-10-Code übermittelt werden. Ziel ist auch, Häufigkeiten der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit den Diagnosen zu analysieren.

**Können die Codes dann erst im Nachhinein eingetragen werden? Bspw. wenn erst durch einen Blutbefund die Diagnose gefestigt wurde? Oder werden dann nur die Symptome angegeben und bei dem nächsten Termin, wo bspw. die Befundbesprechung stattfindet, gibt man erst die Diagnose an, die im Blutbefund steht?**

Bei jedem Besuch soll nur der aktuelle Wissenstand codiert werden. Später festgestellte Diagnosen sollen nicht früher stattgefunden Besuchen zugeordnet werden, sondern erst beim aktuellen Besuch, beispielsweise bei der Befundbesprechung, codiert werden.

**Dient diese ICD-10-Codierung nur zu statistischen Zwecken oder hat sie auch Einfluss auf die Abrechnung mit der Krankenkasse? Oder ist es möglich, dass die Krankenkasse Leistungen nicht honoriert, wenn die entsprechende Diagnose fehlt?**

Diese Daten werden zum gesetzlichen Zweck der Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung verwendet. Somit greifen diese gesetzlichen Regelungen (Dokumentationsgesetz, Gesundheitsdokumentationsverordnung) in keiner Weise in bestehende Verträge zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und der Sozialversicherung ein. Die bestehenden vertraglichen Voraussetzungen und Vereinbarungen zur Honorierung von abrechenbaren Leistungen bleiben unberührt.

**Dürfte ich händisch einen ICD-10-Code zu meiner Diagnose dazuschreiben oder muss das auch digital verschlüsselt gemeldet sein? Kann der ICD-10-Code als Freitext dazu geschrieben werden, oder muss das als Code gesendet sein?**

Entsprechend dem Dokumentationsgesetz ist die Übermittlung eines oder mehrerer ICD-10-Codes verpflichtend und eine Übermittlung von Freitext-Diagnosen stattdessen nicht möglich. Das Gesetz regelt aber nicht, in welcher Form Diagnosen an den Sozialversicherungsträger, z.B. zur Begründung der Abrechnung, übermittelt werden.

**Muss die Codierung bei der Abrechnung übermittelt werden oder beim Stecken der e-Card, also beim Besuch?**

Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit Kassenvertrag leiten die Diagnosecodes im Rahmen der Leistungsabrechnung an den jeweiligen Krankenversicherungsträger weiter. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ohne Kassenvertrag übermitteln quartalsweise die Diagnosecodes und sonstige Daten an die neue e-Wahlpartner-Schnittstelle des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger. Die Frist zur nachträglichen Bearbeitung der Kontakte (und dazugehörenden Diagnosen und Leistungen) und zur Datenübermittlung über diese e-Wahlpartner-Schnittstelle beträgt längstens:

- für das 1. Quartal bis zum 31. Mai
- für das 2. Quartal bis zum 31. August
- für das 3. Quartal bis zum 30. November
- für das 4. Quartal bis zum 28. Februar des folgenden Jahres.

**Gibt es Übergangsfristen, wenn die eigene Ordinationssoftware-Firma die Umsetzung nicht bis zum 1.1.2026 schafft?**

Gesetzliche Übergangsfristen sind nicht vorgesehen.

**Müssen Ärztinnen und Ärzte die Diagnosen auf Überweisungen, z.B. an physikalische Ambulatorien, auch mit ICD-10-Codes schreiben?**

Die Art wie Zuweisungen ausgefüllt werden, ist von der gesetzlichen ambulanten Diagnosecodierung nicht umfasst.

**Wenn man pro Konsultation z.B. vier Beratungsergebnisse behandelt und codiert, ist es in Zukunft seitens der Krankenkasse angedacht, die Honorierung auf die Anzahl der pro Konsultation codierten Diagnosen umzustellen?**

Die gesetzlichen Regelungen (Dokumentationsgesetz, Gesundheitsdokumentationsverordnung) greifen nicht in bestehende Verträge zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und der Krankenversicherung ein. Somit bleiben die bestehenden vertraglichen Voraussetzungen und Vereinbarungen zur Honorierung von abrechenbaren Leistungen unberührt.

### 3 Technische Fragestellungen

**Wie funktioniert die Übermittlung der Diagnosen von Wahlärztinnen und Wahlärzten technisch?**

Für die Übermittlung codierter Diagnosen aus dem Wahlarztbereich steht die neue e-Wahlpartner-Schnittstelle des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger zur Verfügung.

Häufige Fragen und Antworten zu e-Wahlpartner finden Sie unter <https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.906307&portal=ecardportal>.

**Wäre es möglich, eine Liste der aktuellen ICD-10-Codes und pathologischen Diagnosen zu erhalten?**

Auf der Webseite des BMASGPK sind diverse Unterlagen zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation im österreichischen Gesundheitswesen verfügbar:

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs--und-Diagnosendokumentation.html>

Dort findet sich auch eine maschinenlesbare Exceltabelle mit den ICD-10-Codes (DIAGLIST 2026).

**Werden die Patientinnen und Patienten die Codes in ELGA sehen können bzw. werden sie für alle sichtbar sein?**

Derzeit findet kein direkter Austausch von lokal erfassten (und codierten) Diagnosen über ELGA statt. Dies ist jedoch als Ausbau von ELGA geplant und soll in den nächsten Jahren umgesetzt werden. Dabei wird darauf geachtet, dass Diagnosen, die bereits jetzt in SNOMED CT erfasst wurden, künftig direkt über ELGA ausgetauscht werden können.

**In welchen Sprachen ist SNOMED CT verfügbar bzw. ist eine Übersetzung integriert?**

Im e-Health Codierservice sind SNOMED CT-Begriffe auf Deutsch verfügbar. SNOMED CT selbst ist in fast allen Sprachen der Welt verfügbar. Details finden Sie unter <https://www.snomed.org/>.

**Nach meiner Information ist das Codiersystem nicht offline cachebar (warum auch immer) – wie ist bei Ausfall des Codiersystems vorzugehen?**

In der Dokumentation zur Anbindung an das e-Health Codierservice ist beschrieben, dass eine Erfassung eines Freitexts in der jeweiligen Software immer möglich bleiben soll. So soll sichergestellt werden, dass der Behandlungsablauf bei einem Abbruch der Internetverbindung oder sonstigen technischen Störungen weiterhin stattfinden kann, wie bei allen Services, die eine aufrechte Verbindung erfordern. Eine sachgerechte Dokumentation kann in der Zwischenzeit durch lokale Kürzel und Hotlists erfolgen, oder im Nachgang, falls die betroffene Information nicht bereits lokal verfügbar ist.

**Ist das Codiersystem direkt in die Arztsoftware bzw. in die elektronische Patientenakte integriert, sodass es per Mausklick geöffnet werden kann, ohne in verschiedene externe Codierprogramme wechseln zu müssen?**

Ja, eine Integration direkt in die eigene Software ist vorgesehen, obliegt in der Umsetzung jedoch den jeweiligen Herstellern. Informationen und Empfehlungen sind verfügbar unter <https://codierservice.ehealth.gv.at/informationen-fuer-softwarehersteller/>.

**Wir betreiben ein Labor im niedergelassenen Bereich. Wen kontaktieren wir für eine Implementierung der Schnittstellen?**

Die Implementierung der Schnittstellen obliegt den Softwareherstellern. Wir bitten Sie, mit diesen in Kontakt zu treten, falls aus Ihrer Sicht eine Integration notwendig oder sinnvoll erscheint.

**Wird das Codierservice noch ausgebaut? Oder ist das schon final? (Gynäkologische Zytologie-Befunde). Denn aktuell sind die Codes noch nicht für alle Bethesda-/Pap-Klassen auswählbar bzw. mit histologischen Befunden vermischt.**

Das e-Health Codierservice wird ständig weiterentwickelt, jeden Monat werden tausende neue Begriffe eingespielt. Für die zielgerichtete Erweiterung des Katalogs sind wir jedoch auf Ihr fachliches Feedback angewiesen: Falls Begriffe fehlen, bitten wir Sie um Rückmeldung unter <https://codierservice.ehealth.gv.at/feedback/>.

**Werden die laufenden Neuerungen des e-Health Codierservice dann automatisch eingespielt oder muss man das über den Softwarehersteller einspielen lassen?**

Die laufende Erweiterung der verfügbaren Begriffe wird zentral vorgenommen, kann unmittelbar in der angebundenen Software verwendet werden (per Zugriff über Schnittstelle), und muss daher nicht in der jeweiligen Software lokal neu implementiert werden.

**Wie funktioniert die Schnittstelle mit dem LIS? Erfolgt die Kommunikation über HL7 oder erhält das LIS eine ICD-10-Codeliste? (Importieren)**

Die Anbindung an das e-Health Codierservice erfolgt über ein REST-Webservice, das HL7 FHIR einsetzt. Die API-Definition und Spezifika zur Softwareintegration stehen unter <https://codierservice.ehealth.gv.at/informationen-fuer-softwarehersteller/> zur Verfügung.

## 4 Beispiele aus der Praxis

**Als Kinderärzte haben wir Eltern-Kind-Pass, Gewichtskontrollen ohne Pathologie, Kontrollen nach Spitalsaufenthalt. Wie ist dies zu codieren?**

Der ICD-10-Code hierfür ist »Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes«.

Bei Kontrollen nach Spitalsaufenthalten ist ein Code aus der Gruppe Z08 oder Z09 (Nachuntersuchung nach Behandlung) zu wählen.

**Welche Diagnose ist bei einer Rezeptbestellung zu codieren? Wenn etwas anderes als „Administrative Tätigkeit“ codiert werden muss, dann ist es einzig der Arzt, dem erlaubt ist, eine Diagnose zu stellen und somit müsste bei jedem Kontakt ein Arzt tätig sein, was praktisch unmöglich ist.**

Eine Rezeptbestellung als administrativer Vorgang kann mit »Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung« codiert werden. Ja, es besteht ein ärztlicher Vorbehalt, medizinische Diagnosen zu stellen, aber die Dokumentation kann delegiert werden.

**In der Radiologie haben wir es überwiegend mit Verdachtsdiagnosen zu tun und die Zuweisungsdiagnosen lassen auch meist zu wünschen übrig. Was codieren wir letztlich?**

Es können die von der zuweisenden Stelle übermittelten Diagnosen verwendet werden, sofern diese keine Verdachtsdiagnosen darstellen. Weiters auch (übermittelte) Symptome und Beschwerden, die diagnostisch abzuklären sind. Darüber hinaus bietet die Gruppen R90 bis R93 (Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik) spezifische ICD-10-Codes für die Radiologie. Liegen keine Informationen zu den Gründen des ambulanten Kontakts vor, kann ein ICD-10-Code aus dem Kapitel XXI übermittelt werden: »Z01.6! Röntgenuntersuchung, anderenorts nicht klassifiziert« oder »Z01.8! Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen«. Die Verwendung der nicht aussagekräftigen Z-Codes sollte jedoch auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

**Wenn eine Patientin oder ein Patient zu 10 Infusionen kommt, muss dann wirklich bei jedem Infusionstermin Lumbago codiert werden?**

Ja, da die Diagnosecodierung grundsätzlich auf den Grund des Besuches abzielt. EDV-mäßige Lösungen von Krankenhaus-/Ordnationssoftwareherstellern zur Übernahme von Leistungen/Diagnosen vom vorherigen Besuch mit einer 1-Klick-Lösung sollten den Aufwand in diesen Fällen minimieren. Diese wiederholten Diagnosecodierungen ermöglichen es in Zukunft, auch Kontakthäufigkeiten in Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen zu analysieren.

**Was ist im Fall einer F-Diagnose zu tun, wenn die Patientin bzw. der Patient eine Übermittlung verbietet?**

Zur gesetzlich festgelegten Übermittlung der Diagnose ist keine Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten notwendig, da die an das BMASGPK übermittelten Diagnosen nicht mehr auf Patientinnen und Patienten zuordenbar sind. Die gesetzlichen Bestimmungen sind selbstverständlich datenschutzrechtskonform ausgearbeitet.



**Wie ist die korrekte Codierung im Rahmen der kostenlosen jährlichen Vorsorgeuntersuchung (VU)? Ist die die VU die Hauptdiagnose und neu entdeckte Erkrankungen oder Symptome stellen die Zusatzdiagnosen dar? Verdachtsdiagnosen sind nicht relevant und nicht anzuführen. Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes) in diesem Fall ebenso nicht. Ist das korrekt?**

Solange keine Gesundheitsstörungen vorliegen, ist die VU die Hauptdiagnose. Werden im Laufe der VU neu Erkrankungen diagnostiziert, sind diese der medizinische Hauptgrund für den ambulanten Besuch. Beispielsweise, wenn beim Abschlussgespräch im Rahmen der VU aufgrund der Laboruntersuchung Erkrankungen festgestellt wurden. Die Logik dahinter ist, dass der ärztliche Wissensstand am Ende des Besuches für die Diagnosencodierung relevant ist.

**Gibt es ICD-10-Codes für familiäre Belastung bspw. bei familiärer Hypercholesterinämie, Brustkrebsfällen bei Mutter, ...**

Der ICD-10-Code »E78.4 Sonstige Hyperlipidämien« inkludiert familiäre Hypercholesterinämie. Ein mütterlicher Brustkrebsfall ist, wenn er Grund für den Besuch ist, mit »Z80.3 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese« zu codieren.

**Leistung Gastroskopie, unauffälliger Befund, was soll dann codiert werden?**

Bei einer Untersuchung zur klinischen Abklärung mit unauffälligem Befund ist »Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen« oder ein anderer Code aus Z03 zu codieren. Wenn die Leistung im Sinne einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführt wurde, ist »Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung« der entsprechende ICD-10-Code.

**Was ist mit Gutachtenpatienten aller Art/Führerschein?**

In der Regel sind Gutachten keine sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistung und somit ist kein Diagnosecode zu übermitteln. Bei Bedarf kann der ICD-10-Code »Z02 Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen« verwendet werden.

Freiberufliche Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich gutachterliche Aufträge erfüllen, sind gemäß § 49 Abs 8 Z 1 Ärztegesetz 1998 idgF von der Verpflichtung zur Verwendung der e-card und der e-card-Infrastruktur, der Elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“ (§§ 13 ff GTelG 2012) sowie des e-Impfpasses (§§ 24b ff GTelG 2012) und somit auch von der Verpflichtung zur Übermittlung von Diagnosecodes ausgenommen.

**Eine Patientin oder ein Patient kommt mit einer Angina, nach drei Tagen wird eine EBV-Infektion diagnostiziert. Das sind dann zwei Codes für dieselbe Krankheit. Wird dies irgendwo erfasst?**

Bei jedem Besuch soll nur der aktuelle Wissensstand codiert werden und keine Nachträge erfolgen. In den statistischen Analysen können Krankheitsverläufe mittels Pseudonym einer Patienten-ID verfolgt werden. Es kann also ausgewertet werden, bei wie vielen Patientinnen oder Patienten mit Angina im Anschluss eine laborbestätigte EBV-Infektion diagnostiziert wird.

**Ist bei jeder Leistung, die in einem Institut in Anspruch genommen wird, ein Diagnose-Code zu übermitteln?**

Es sind codierte Diagnosen betreffend sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen pro Besuch in einem Institut zu übermitteln. Bei Behandlungszyklen aufgrund derselben Diagnose ist immer diese für den aktuellen Kontakt anzugeben bzw. zu übernehmen. Diese wiederholten Diagnosecodierungen ermöglichen es in Zukunft, auch Kontakthäufigkeiten bei bestimmten Diagnosen zu analysieren.

**Stellt die Kur in einer Kuranstalt oder einem Ambulatorium eine codierpflichtige Leistung dar?**

Kuranstalten sind schon derzeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur stationären Dokumentation zur Übermittlung von Diagnose- und Leistungsdaten verpflichtet. Ambulante Leistungen in solche Einrichtungen bzw. im Rehabilitationsbereich sind ab 1.1.2026 zur Diagnosenübermittlung ebenfalls verpflichtet, wenn es sich um eine sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistung handelt.

**Wenn eine Patientin oder ein Patient 2x am selben Tag in die Ordination kommt, muss ich dann 2x codieren?**

Ja, die gesetzliche Regelung sieht die Übermittlung einer codierten Diagnose pro Kontakt bzw. Besuch vor. Beim zweiten Besuch am selben Tag kann ein anderer Grund für den Besuch vorliegen.