

Fragen zur ambulanten Diagnosencodierung und Ambulatorien

basierend auf den im Kontext mit dem GÖG-Webinar vom 17. März 2026
gestellten/übermittelten Fragen

Frage 1: Wir sind ein bettenführendes Sanatorium für Plastische Chirurgie. Betrifft uns die neue ambulante Diagnosencodierung überhaupt?

Ja, wenn das Sanatorium ambulante Leistungen erbringt und es sich dabei um sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen handelt. Für spitalsambulante Bereiche besteht die Pflicht zur Übermittlung der ICD-10-Diagnosen bereits seit 1.1.2025. Bestehende stationäre Meldepflichten bleiben von den neuen ambulanten Regelungen unberührt.

Frage 2: Wir sind ein psychotherapeutisches Ambulatorium mit Kassenverträgen (ÖGK/BVA/SVS). Sind wir zur Diagnosemeldung verpflichtet und gilt die Pflicht nur für ärztliche Diagnosen?

Das Gesetz verpflichtet alle selbständigen Ambulatorien als Leistungserbringer zur Diagnosenübermittlung nach ICD-10 in Zusammenhang mit sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen, was bei Vorhandensein von Kassenverträgen der Fall ist. Neben Ärzt:innen dürfen auch Psychotherapeut:innen und klinische Psycholog:innen in ihrem Kompetenzbereich Diagnosen stellen, welche als Diagnosemeldung zu den ambulanten Kontakten ebenfalls herangezogen werden können.

Frage 3: Habe ich es richtig verstanden, dass für selbständige Ambulatorien, die bisher über Quartals- oder Jahrespauschalen abrechnen, keine Verpflichtung zur Leistungsdatenübermittlung besteht?

Ja, wie schon bisher erfolgt die Leistungsdatenübermittlung im Kassenbereich über die gewohnten Abrechnungswege (DVP/Honorarkatalog) durch die schon länger bestehende gesetzliche Verpflichtung der Sozialversicherung diese Leistungsdaten (umgeschlüsselt auf den ambulanten Leistungskatalog des Bundes) an das BMASGPK zu übermitteln. Neu hingegen ist die Übermittlungspflicht einer ICD-10-Diagnose ab 1.1.2026 zu jedem ambulanten Kontakt, wobei vollumfänglich erst nach Ende der Pilotphase ab 1.7.2026.

Frage 4: Wir haben zusätzlich zur Gruppenpraxis und zum Institut eine Privatordination, in welcher wir privat MRT-Untersuchungen anbieten. Diese werden von den SV Trägern nicht rückerstattet, da kein Vertrag besteht. Müssen wir hier nun über das Tool „e-Wahlpartner“ die Diagnosen administrieren oder entfällt dies, da wir eine reine Privatordination sind? Im Webinar war dies nicht nachvollziehbar.

Bei MRT-/CT-Untersuchungen handelt es sich um sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen, daher müssen die privaten Untersuchungen in der Privatordination über den Weg der eWahlpartner-Schnittstelle übermittelt werden. Die gesetzliche Regelung, dass eine Kostenerstattung der Kassen nur für MRT/CT geleistet wird, die im Großgeräteplan angeführt sind, ändert nichts an der grundsätzlichen Erstattungsfähigkeit der Leistung.

Frage 5: Sind private IVF-Kliniken von der Diagnosemeldung ausgenommen? Müssen Fonds-Patient:innen dennoch gemeldet werden?

Private (Wahl-)Ambulatorien sind zur Diagnosemeldung verpflichtet, sobald sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbracht werden (auch ohne Kassenvertrag, via e-Wahlpartner). Da die IVF nicht in Honorar- oder Tarifkatalogen der Sozialversicherung gelistet ist, ist diese im Sinne des DokuG nicht erstattungsfähig bzw. meldepflichtig. Die IVF-Fonds-Meldungen sind davon unabhängige, eigenständige gesetzliche Pflichten und bleiben aufrecht.

Frage 6: Sind Freitextdiagnosen weiterhin zulässig oder besteht nun die Pflicht zur ICD-10-Codierung (insbesondere in Physio-/Ergotherapie-Ambulatorien)? Darf der/die Therapeut:in die ärztliche Diagnose „bestätigen“?

Für die gesetzliche Diagnosenübermittlung gilt die Pflicht zur ICD-10-Codierung (ab 1.1.2026 mit einer Pilotphase bis 1.7.2026). Ein Freitext entspricht daher nicht der Anforderung der gesetzlichen Meldepflicht. Der Diagnosevorbehalt in Österreich besagt, dass Feststellung von Krankheiten primär Ärzt:innen vorbehalten ist, daher müssen die durch Ambulatorien übermittelten Diagnosen ärztlich gestellt/freigegeben werden. Inwieweit Therapeut:innen in die Administration der Diagnosendokumentation eingebunden sind, obliegt dem Ambulatorium.

Frage 7: Wie ist mit Fällen umzugehen, die abgerechnet werden sollen, aber (noch) keinen ICD-10-Code haben (Alt-Fälle)?

Maßgeblich ist das Leistungs-/Kontaktdatum: Für Kontakte bis 30.6.2026 ist eine Diagnosemeldung nicht verpflichtend notwendig, da diese Kontakte in die gesetzliche Pilotphase fallen (auch kein Nachtrag von Diagnosen aus diesem Zeitraum notwendig). Ab 1.7.2026 ist pro Kontakt mindestens ein ICD-10-Code zu melden bzw. in den Abrechnungsdatensatz aufzunehmen.

Frage 8: Wie ist der praktische Ablauf im Falle eines Ambulatoriums für physikalische Therapie? Muss der überweisende Arzt künftig den ICD-10-Code auf die Verordnung schreiben? Wer trägt die Verantwortung? Wie ist der Zugriff auf das e-Health Codierservice geregelt?

Nein, die Verordnung der/des überweisenden Ärztin/Arztes muss aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen keine ICD-10-Code enthalten. Die Verantwortung, welche Diagnose in einem Ambulatorium als jeweiliger Kontaktgrund übermittelt wird, obliegt der ärztlichen Leitung bzw. den dort ärztlich Tätigen (wobei auch Psychotherapeut:innen und klinische Psycholog:innen in ihren Kompetenzbereichen Diagnosen stellen können). Der e-Health Codierservice ist ein Service des Bundes und der ELGA GmbH und steht zur kostenlosen Integration (per Schnittstelle) in die Arzt-Software zur Verfügung. Die Umsetzung und Ausgestaltung der Funktionalität der Software liegt bei den einzelnen Softwareherstellern, ebenso die Preisgestaltung für diese Adaptionen.

Frage 9: Warum müssen Ärzt:innen den ICD-10-Code nicht auf die Verordnung schreiben?

Die gesetzlichen Regelungen gemäß Doku-G/GD-VO beziehen sich ausschließlich auf Diagnosen-/Leistungsdatenübermittlung durch die umfassenden Leistungserbringer:innen. Welche diagnostischen Angaben Überweisungen, Rezepte, Bewilligungen etc. enthalten müssen, ist davon nicht betroffen bzw. wird an anderen Stellen geregelt (z.B. Rezeptpflichtgesetz).

Frage 10: Es erfolgt eine Physiotherapie nach Knie-TEP: Welche Diagnose ist zu verwenden – Bewegungseinschränkung, ohne Ortsangabe oder Gonarthrose?

Bei Nachsorge nach endoprothetischem Gelenkersatz ist als Hauptgrund des Kontakts in der Regel ein Aftercare-/Status-Code angemessen, z. B. Z47.1 „Nachsorge nach Gelenkersatz“. Optional können weitere Codes als Zusatzdiagnose für funktionelle Einschränkungen (z. B. M25.6 Gelenksteife, R26.-Gang-/Mobilitätsstörungen) übermittelt werden.

Frage 11: Wie ist die Hauptdiagnose „Schmerzen“ zu codieren?

Wenn eine spezifische Ursache feststeht, ist diese grundsätzlich als Hauptdiagnose anstatt von Symptomen wie Schmerzen zu codieren (z. B. Gonarthrose bei Knieschmerz). Nur wenn keine Ursache vorliegt/gesichert ist, werden Symptomcodes verwendet – möglichst organspezifisch wie zum Beispiel: M25.5 Gelenkschmerz, M79.6 Schmerz in der Extremität, R10.- Bauchschmerz, R07.- Brustschmerz

Frage 12: Wie werden Verdachtsdiagnosen in der Radiologie gehandhabt? Uns wurde bisher mitgeteilt, dass für die Diagnose die Verdachtsdiagnose auf der Zuweisung eingegeben werden muss. Beim Webinar wurde jedoch angesprochen, dass für radiologische Ordinationen jedoch auch die endgültige Diagnose nach der Untersuchung angegeben werden muss. Müssen die Zuweisungsdiagnose oder die Befunddiagnose melden?

Die allgemeine Regel ist den Grund der Inanspruchnahme am Ende des jeweiligen Kontaktes zu erfassen. In diagnostischen Fachrichtungen wäre dies die Befunddiagnose. Wenn die Untersuchung (noch) keine Diagnose liefert, kann der vorläufige Befund (z.B. R91 Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge) oder die (vorläufige) Diagnose aus der Zuweisung übernommen werden. Jedoch keine unbestätigten Verdachtsdiagnosen, da nach dem DokuG übermittelte ICD-10-Diagnosen als vorhandene Erkrankungen interpretiert werden. In diesem Fall wäre typischerweise ein Symptom/Leitsymptom als Grund der Inanspruchnahme zu codieren. Somit beispielsweise nicht Pneumonie (J18-), wenn der Zuweisungsverdacht nicht bestätigt werden kann, sondern ein Leitsymptom wie Brustschmerz (R07.-). Falls weder Diagnose noch Symptom im Zusammenhang mit der Untersuchung angegeben werden können, ist ein ICD-10-Code aus dem Kapitel XXI zulässig (z.B. Z01.6 Röntgenuntersuchung).

Frage 13: Sind Sanktionen vorgesehen, wenn Daten nicht übermittelt werden?

Die Übermittlung der Leistungs- und Diagnosedaten ist nach dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DokuG) eine gesetzliche Pflicht. Nach dem Ärztegesetz

ist für die Diagnosendokumentation die in der Gesundheitsdokumentationsverordnung (GD-VO) verordnete Klassifikation anzuwenden. Verstöße gegen die Verpflichtung zur Diagnosendokumentation können nach dem Ärztegesetz (§ 199 Abs. 3) als Verwaltungsübertretung mit Geldstrafen geahndet werden. Darüber hinaus kommt auch ein Disziplinarvergehen wegen Verstoß gegen die ärztliche Berufspflichten nach dem Ärztegesetz (§ 136 Abs. 1 Z 2) in Betracht.

Frage 14: Was ist, wenn Patienten die e-Card nicht stecken wollen? Viele Patient:innen wünschen in einer ästhetischen Klinik maximale Diskretion. Wie begründen wir das verpflichtende Stecken der e-Card, obwohl selten ein Kassenersatz erfolgt?

Die e-Card ist bei jedem Arztbesuch – egal ob Kassenarzt oder Wahlarzt – vorzuweisen, um die Identität festzustellen. Ab 1. Jänner 2026 sind nicht nur die Vertragsärzt:innen, sondern auch der Wahlarztbereich gesetzlich verpflichtet, die e-Card-Infrastruktur zu nutzen bzw. diese Prüfung vorzunehmen. Eine Datenübermittlung ist jedoch gesetzlich nur erforderlich, wenn es sich um sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen handelt (d.h. wenn diese in einem Honorar-/Tarifkatalog der Sozialversicherung vorkommt).

Frage 15: Gibt es eine API-Schnittstelle für e-Wahlpartner bzw. eine Entwickler-Testumgebung?

Die Sozialversicherung stellt zu Fragen rund um die das e-Wahlpartner Service und das e-card System zahlreiche Informationen und Supportangebote zur Verfügung:

Häufige Fragen - e-Wahlpartner Service

- <https://www.sozialversicherung.gv.at/cdscontent/?contentid=10007.908559>

Fragen zum e-card System

- Fragen zur technischen Einbindung in lokale Netzwerke durch IT-Betreuer: krankenanstalten@svc.co.at
- Vorgaben zur Einbindung ins lokale Netzwerk: www.chipkarte.at/GINS
- Fragen zur Nutzung der e-card Schnittstellen für Softwareentwickler: support@svc.co.at

Informationsquellen rund ums e-card System

- Fachliche Informationen zu e-card Services
 - www.chipkarte.at/GDA
 - Benutzerhandbücher: www.sozialversicherung.at/bhb
 - Beschreibung der e-card Services für Vertragspartner: www.chipkarte.at/services
 - Beschreibung der e-card Services für Wahlpartner: www.chipkarte.at/wahlpartner

Weiterführende Quellen:

BMASGPK: Ambulante Leistungs- und Diagnosendokumentation:

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

GÖG: Ambulante Diagnosencodierung:

https://goeg.at/ambulante_diagnosencodierung