

Ambulante Diagnosencodierung

Wer, Was & Wie in der medizinischen Praxis

Eine Informationsveranstaltung

Agenda

Gesetzliche Grundlagen für die ambulante
Diagnosencodierung

Bedeutung der Diagnosen- und
Leistungsdokumentation

Allgemeine Regeln der Diagnosencodierung
und praxisnahe Beispiele

e-Health Codierservice

Fragerunde



Diagnosencodierung
im Kontext des Doku-G



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

Umfasste extramurale Leistungserbringer:innen



* inkl. eigene Einrichtungen der SV



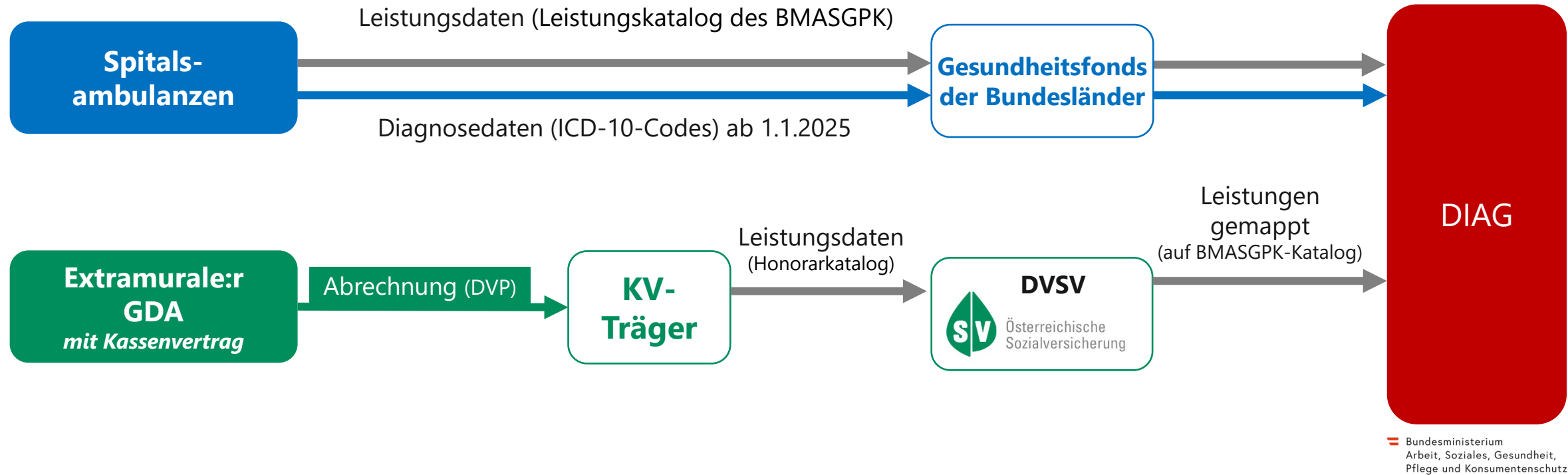
alle ärztlichen Fachrichtungen
von der Übermittlung der
Diagnosecodes umfasst



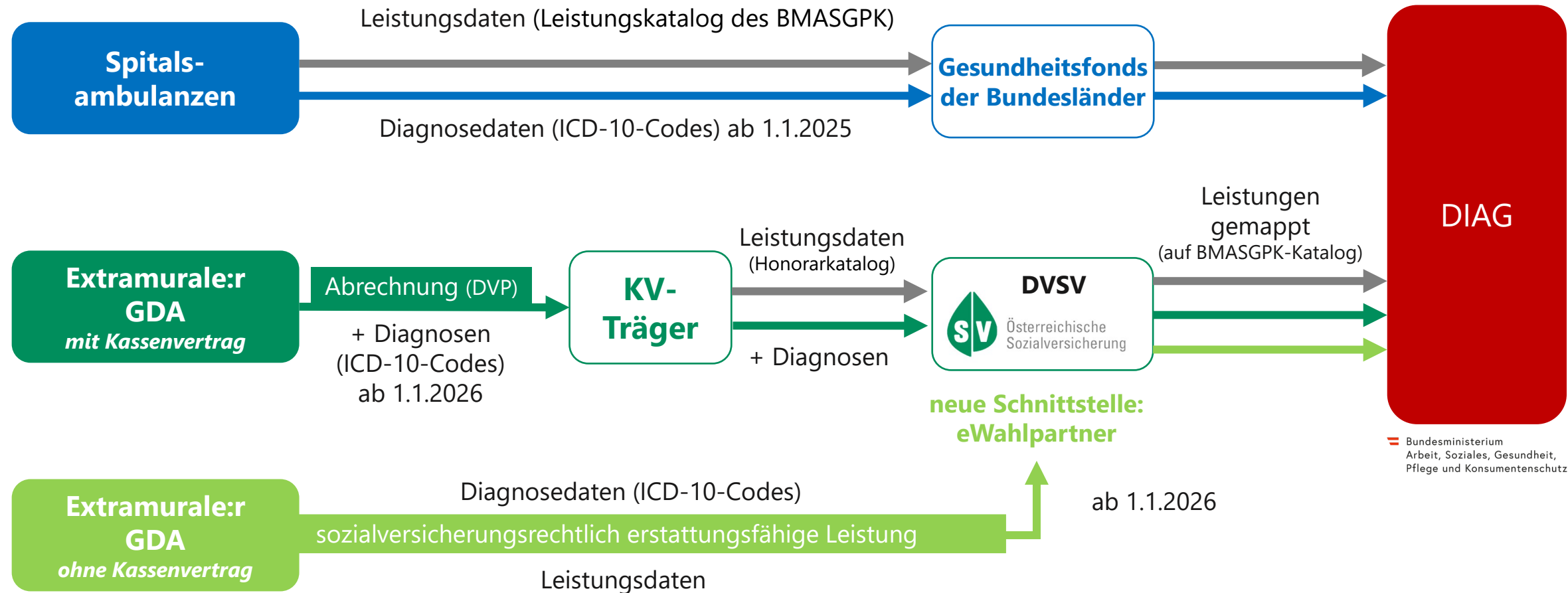
Ausnahme: Zahnmedizin
(neue Zahnärztinnen/-ärzte,
FÄ f. ZMK, KFO)

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Datenwege (derzeit)



Gesetzliche Rahmenbedingungen Datenwege (ab 1.1.2026)



Bedeutung der Diagnosendokumentation

Erstmalig vollständige Dokumentation zu Diagnosen (und Leistungen) im Gesundheitswesen



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

 **R
H** Rechnungshof
Österreich
Unabhängig und objektiv für Sie.

*  Parlament
Österreich

*  OECD

*  World Health
Organization

* „Science“
wissenschaftlichen 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
- Aufwand der Ärztinnen/Ärzte für die Diagnosencodierung soll sich dadurch nicht erhöhen

Grundlagen der Diagnosencodierung

Grundprinzip der ambulanten Diagnosencodierung

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

Der Begriff Diagnose ist im Kontext der gesetzlich Diagnosencodierung im ambulanten Bereich somit nicht ausschließlich als abgeklärte Diagnose, sondern als **Grund für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens** zu verstehen.



Grundprinzip der ambulanten Diagnosencodierung

Diagnose kann zu Kontakt angegeben werden

JA:

ICD-10-Code für Diagnose

NEIN:

ICD-10-Code für Symptom

KEINE GESUNDHEITSSTÖRUNG:

ICD-10-Code für sonstige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens



Dokumente auf der Webseite des BMASGPK

 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-Qualitaetssicherung/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

Fragen zur Codierung, die in diesem Handbuch nicht dargestellt sind, können an die E-Mail-Adresse **AMBCO-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at** übermittelt werden.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Medizinische-Dokumentation-und-LKF-Rundschreiben-2025.html>

Allgemeine Regeln

- Für jeden Kontakt ist **mindestens eine Diagnose** zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- **Eine** der Diagnosen ist als **Hauptdiagnose** zu kennzeichnen. Diese Diagnose beschreibt den **medizinischen Grund für den Kontakt**.
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein **Symptom oder Befund** (aus Kapitel XVIII Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) codiert werden.
- Wenn **keine Gesundheitsstörung** als Grund vorliegt, sind **Codes aus Kapitel XXI** (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) zu verwenden, z.B. Vorsorgeuntersuchung, Schwangerschaft.
- Es sind nur die **für den jeweiligen Besuch relevanten** Diagnosen zu übermitteln.
- Die Diagnosencodierung hat mit vierstelligen **ICD-10-Codes** zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).

Hauptdiagnose?
Zusatzdiagnosen?
Verdachtsdiagnosen?
Status-Post Diagnosen?
Dauerdiagnosen?



© Siphosethu F/peopleimages.com - stock.adobe.com

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.

- Patient:in kommt mit rechtem Unterbauchschmerz in die Praxis
 - **Verdacht auf Appendizitis** aber nicht gesichert
 - **Symptom wird als Grund** für ambulanten Kontakt **übermittelt** (R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches)
-
- z. B. jedes Mal (passender) ICD-10-Code für **Diabetes mellitus**
 - damit auch quantitative Erfassung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen chronischen Erkrankungen gesichert

Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025

- aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der ICD-10
- entspricht im Wesentlichen der deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)



im e-Health Codierservice
ICD-10 BMSGPK hinterlegt



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

Anmerkung zu Kennzeichnung bei ICD-10-Codes:

Mit „#“ gekennzeichneten Codes nicht gültig für Übermittlung (nur intern zu verwenden)

Mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt verwendet werden

Praxisbeispiele

Codierung bei Beschwerden

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

Ein:e Patient:in kommt aufgrund von seit 2 Tagen bestehender erhöhter Stuhlfrequenz (5x tgl.) und flüssiger Stuhlkonsistenz, vermutlich infektiösen Ursprungs.

„Durchfallerkrankung“

A09.0 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs.
Bei Erregernachweis sind entsprechende Codes verwendbar

Ein:e Patient:in kommt aufgrund von Schwindel, die Ursache ist unklar, eine neurologische Vorstellung indiziert.

„Schwindelgefühl“

R42 Schwindel und Taumel

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

Maßnahmen nach vorangegangener Erkrankung/Operation

Ein:e Patient:in kommt nach einem Schlaganfall einer Lungenembolie/der Implantation einer Herzklappe zur Überwachung der Antikoagulationstherapie in die Ordination.

„Antikoagulationstherapie“

Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese



© gpointstudio - stock.adobe.com

Impfung

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

„Impfung“

Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet

Besuche ohne Gesundheitsstörung

Eine Patientin kommt mit Verdacht auf eine Schwangerschaft, diese bestätigt sich.

„Schwangerschaft“

Z32.1! Schwangerschaft, bestätigt

Vorsorge

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

„Vorsorgeuntersuchung“

Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung

Augenuntersuchung

Ein:e Patient:in ohne bekannte Erkrankung kommt zur Routineuntersuchung zum Augenarzt/zur Augenärztin; die Untersuchung ergibt einen unauffälligen Befund.

„Augenuntersuchung“

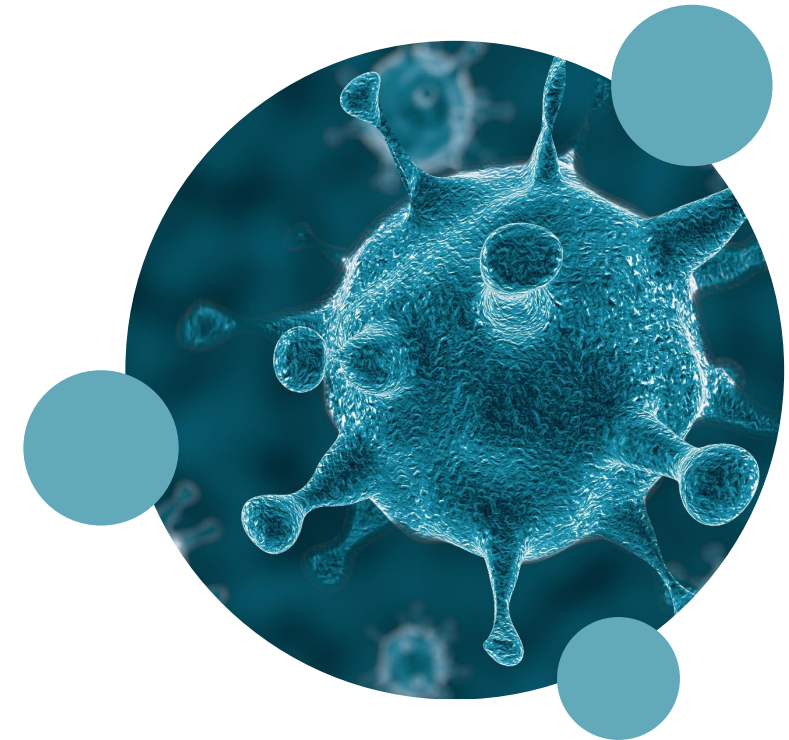
Z01.0 Visusprüfung und Untersuchung der Augen



© rocketclips - stock.adobe.com

— Diagnostische Fachgebiete (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



e-Health Codierservice

Fragerunde

— Weitere Informationen

- Spezielle Fragen zum Handbuch des BMASGPK an:
AMBCO-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at
- Link zum „Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich“
<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs--und-Diagnosendokumentation.html>
- Link zum „e-Health Codierservice“
<https://codierservice.ehealth.gv.at/>

SAVE THE DATE

Ambulante Diagnosencodierung in der Primärversorgung

Datum: 25. November 2025

Uhrzeit: 18:00 – 19:30 Uhr



Plattform
Primärversorgung

Wie gelingt die Diagnosencodierung im
Primärversorgungsalltag?

Jetzt anmelden:



Themenschwerpunkte:

- Besonderheiten & Herausforderungen in der Primärversorgung
- Konkrete Anwendungsbeispiele aus der Praxis
- Raum für Austausch und Diskussion

Ambulante Diagnosencodierung

Wer, Was & Wie in der medizinischen Praxis

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!