Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

# Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich

Diagnosencodierung

1. Juli 2026

**Impressum**

**Medieninhaber und Herausgeber:**
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

**Herstellungsort:** Wien

**Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts "Ambulante Diagnosencodierung" in Verbindung mit dem Projekt "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)".**

**Das Handbuch wurde mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) abgestimmt.**

**Projektleitung:**
Mag. Stefan Eichwalder (BMASGPK)

**Projektteams**
**BMASGPK:**
Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Romana Höltschl, MSc, Mag. Marcel Jira, Mag. Rainer Kleyhons, Mag. Walter Sebek (Endredaktion)
**Koordination medizinische Dokumentation:**
Dr. Andreas Egger (BMASGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)
**Ökonomenteam (SOLVE Consulting, Gesamt-Projektkoordination):**
Dr. Gerhard Renner, Ing. Mag. Alexander-Gregor Keller, MBA
**Ärzteteam:**
Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)
Fachleute aus den medizinischen Fächern
**Statistik:**
Mag. Gabriele Gartner-Wölfl (SOLVE Consulting)
**Software-Entwicklung:**
DI Bernhard Pesec (dothealth)
**Gesundheit Österreich GmbH:**
Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Hermann Schmied, MPH, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, im Juli 2026

**Copyright und Haftung:**
Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.
Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMASGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter http://www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice, zu beziehen.

## Inhalt


**Kurzanleitung ..... 5**

**1 Allgemeine Rahmenbedingungen ..... 6**

1.1 .Gesetzliche Grundlagen ..... 6

1.2 .Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation ..... 7

**2 Diagnosendokumentation ..... 8**

2.1 .Allgemeine Regeln ..... 9

2.1.1 .. Dokumentation des Grundes für den Arztbesuch ..... 10

2.1.2 .. Haupt- und Zusatzdiagnosen ..... 10

2.1.3 .. Chronische Erkrankungen/Dauerdiagnosen ..... 11

2.1.4 .. Verdachtsdiagnosen/Erfassung von Symptomen ..... 11

2.1.5 .. Besuche ohne Gesundheitsstörung ..... 12

2.1.6 .. Kontrolluntersuchungen bei akuten Erkrankungen ..... 12

2.1.7 .. Behandlungsserien ..... 13

2.1.9 .. „Zustand nach“ und Nachkontrollen ..... 13

2.1.8 .. Rezeptausstellung/Medikamentenabgabe ..... 14

2.1.9 .. Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Pathologie, Radiologie) ..... 14

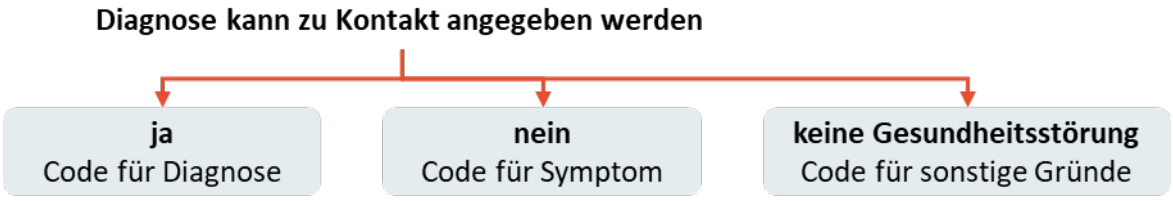
2.2 .Weitere Informationen und Hinweise zu fachspezifischen Themen ..... 15

2.3 .Dokumentation bei Verwendung des e-Health Codierservice ..... 16

# Kurzanleitung

Die ab 1. Juli 2026 gesetzlich verpflichtenden Regeln zur Diagnosecodierung sind im Folgenden dargestellt:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- Diese Diagnose beschreibt den Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu übermitteln. Allfällige weitere Gründe für den ambulanten Besuch können als Zusatzdiagnosen übermittelt werden.
- Es ist der Kenntnisstand am Ende des ambulanten Besuchs zu übermitteln.
- Die Datenübermittlung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes[1] zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll das Leitsymptom bzw. ein Befund übermittelt werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können sonstige Gründe für den ambulanten Besuch übermittelt werden.




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

Darüber hinaus können in der ärztlichen Dokumentation wie bisher Freitexteinträge als ergänzende Informationen zum jeweiligen Kontakt erfasst werden.

Die Verwendung des e-Health Codierservice ist optional. Sie wird empfohlen, um die Voraussetzungen für einen standardisierten Informationsaustausch zu schaffen.

[1] aus der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMASGPK) herausgegebenen Version

# 1 Allgemeine Rahmenbedingungen

## 1.1 Gesetzliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für das Dokumentations- und Berichtssystem im extramural ambulanten Bereich ist das im Jahr 1996 beschlossene **Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DokuG)**, BGBl. Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung (zuletzt novelliert mit BGBl. I Nr. 116/2025). Dieses Bundesgesetz ist die Grundlage für die **Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO),** zuletzt novelliert mit BGBl. II Nr. 4/2026, sowie all deren Novellierungen und Neufassungen.

Gemäß der vom Nationalrat beschlossenen DokuG-Novelle 2025 besteht ab 1 Juli 2026 (mit einer vorangehenden Pilotphase ab 1. Jänner 2026) für Arztinnen und Ärzte im extramuralen ambulanten Bereich damit die Verpflichtung,

- eine codierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen und
- zur Übermittlung der Diagnosen nach der ICD-10.

Die verpflichtende Verwendung der ICD-Klassifikation bezieht sich somit nur auf die Meldung der Diagnosen und ist unabhängig vom verwendeten Dokumentationssystem (z. B. durch Nutzung geeigneter Terminologiesysteme wie SNOMED CT) der Ärztin bzw. des Arztes.

Die Verordnung sieht vor, dass vom Gesundheitsministerium zur Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Vorgehensweise bei der Erhebung und Übermittlung der Daten in den verschiedenen Dokumentationsbereichen spezielle Handbücher herausgegeben werden. Das vorliegende **Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich** beinhaltet die für den extramuralen Bereich relevanten Definitionen und Erläuterungen zur gesetzlich verpflichtenden Diagnosendokumentation.

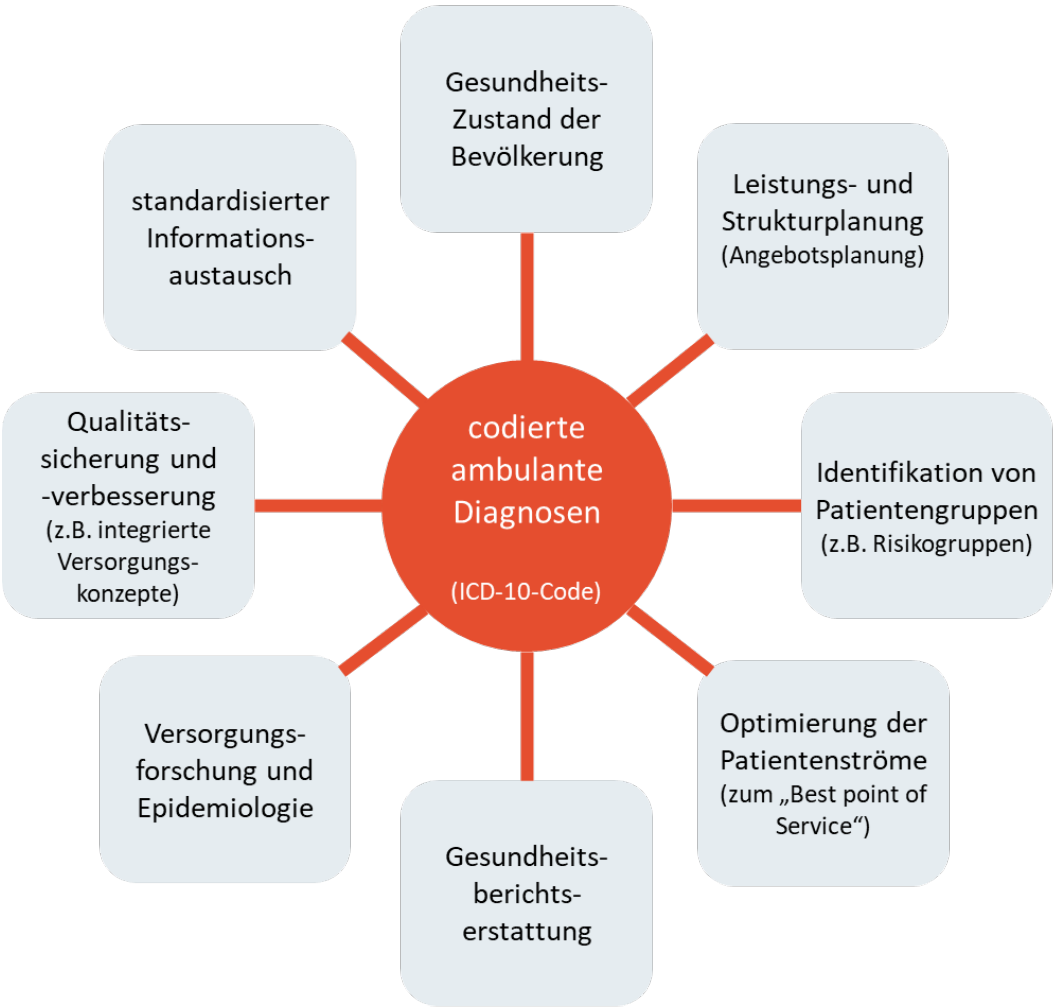
Das Handbuch und darüberhinausgehende Informationen sowie Verweise auf Service- und Support-Angebote sind unter https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Leistungs--und-Diagnosendokumentation.html abrufbar.

## 1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation

Mit der bundesweit einheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation wurde im intra- und extramuralen Bereich eine gemeinsame Dokumentationsbasis geschaffen, die eine **nationale und internationale Vergleichbarkeit des Diagnosen- und Leistungsspektrums** ermöglicht.

Eine standardisierte codierte Dokumentation liefert die Grundlage für die eigene Dokumentation der Ärztinnen und Ärzte in der Patientenakte, eine sichere Behandlung der Patientinnen/Patienten und die Basis für die Kommunikation mit anderen Ärztinnen und Ärzten sowie therapeutischen Berufen.

Darüber hinaus hat eine mittels ICD-10-Codes codierte Diagnosedokumentation in zahlreichen Bereichen eine hohe Bedeutung. Sie führt zu einer Verbesserung der Analysemöglichkeiten, was im Rahmen folgender Anwendungen genutzt werden kann:



# 2 Diagnosendokumentation

Seit 1989 ist in allen österreichischen Krankenanstalten bei stationären Aufenthalten verbindlich eine Diagnosendokumentation auf Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils vom Bundesministerium herausgegebenen Fassung durchzuführen.

Mit 1. Juli 2026 tritt die gesetzlich verpflichtende Diagnoseberichterstattung auch für den extramuralen Bereich in Kraft. Die im Rahmen der halbjährigen Pilotierungsphase seit 1. Jänner 2026 gewonnenen Erkenntnisse wurden bei der Überarbeitung des Handbuchs berücksichtigt.

Eine standardisierte Diagnosendokumentation hat den Vorteil, dass ein gesundheitliches Problem bzw. ein Krankheitsbegriff in der ärztlichen Dokumentation in den meisten Fällen nur einmal erfasst zu werden braucht und in weiterer Folge für mehrere Zwecke verwendet werden kann.

Um den Ärztinnen und Ärzten die Diagnosendokumentation zu erleichtern, wurde vom Ministerium und der ELGA GmbH das e-Health Codierservice entwickelt. Dieses ermöglicht über eine Freitextsuche in einem Schritt einen Begriff aus SNOMED CT (das ist die medizinische Terminologie, die zukünftig zum Austausch von Gesundheitsdaten in der e-Diagnose und der Patient Summary genutzt werden soll) für die standardisierte Dokumentation in der Patientenakte und einen davon abgeleiteten ICD-10 Code (für die ambulante Diagnosecodierung gem. DokuG) zu erhalten. Viele Anbieter von Ordinationssoftware bieten eine Integration des e-Health Codierservice als Zusatzmodul an. Das Codierservice steht unter https://codierservice.ehealth.gv.at/ auch kostenlos als Webapplikation zur Verfügung.

Die Nutzung des e-Health Codierservice und der Module ist optional. Solange gewährleistet bleibt, dass entsprechende ICD-10-Codes übermittelt werden, sind andere ICD-10-Codiertools oder das manuelle Eintragen der Codes ebenso zulässig.

Ein Ziel der Überarbeitung des Handbuchs war es auch, stärker auf die verschiedenen Aspekte der Dokumentation bei Verwendung des e-Health Codierservice einzugehen und den Unterschied zwischen der Dokumentation in der Patientenakte und der Datenübermittlung aufzuzeigen.

- Für die eigene Dokumentation soll im Hinblick auf die Vorbereitung eines standardisierten Informationsaustausches mit anderen Ärztinnen und Ärzten bereits jetzt SNOMED CT verwendet werden.
- Bereits in der Dokumentation erfasste ICD-10 Codes können für die Datenübermittlung weiterverwendet werden.
- Für die eigene Dokumentation kann zusätzlich Freitext verwendet werden.

Für die konkrete Umsetzung der Diagnosecodierung in der Ordinationssoftware empfehlen wir, die Dokumentation bzw. die Unterstützungsangebote Ihres Softwareanbieters zu nutzen.

## 2.1 Allgemeine Regeln

Die im Folgenden dargestellten Regeln sind ab 1. Juli 2026 einheitlich für alle ambulanten Besuche anzuwenden:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte[2].
- Diese Diagnose beschreibt den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch.
- Es sind nur die für den jeweiligen Besuch relevanten Diagnosen zu übermitteln.
- Eine der Diagnosen ist als Hauptdiagnose zu übermitteln. Allfällige weitere Gründe für den ambulanten Besuch können als Zusatzdiagnosen übermittelt werden.
- Es ist der Kenntnisstand am Ende des ambulanten Besuchs zu übermitteln.
- Die Datenübermittlung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes[3] zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll das Leitsymptom bzw. ein Befund übermittelt werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können sonstige Gründe für den ambulanten Besuch übermittelt werden.

[2] Leistungserbringung im Rahmen von vereinbarten telemedizinischen Kontakten, für die es Positionen in den Honorarordnungen der Krankenkassen gibt. Für telefonische Auskünfte, E-Mails, E-Rezepte und administrative Tätigkeiten, die nicht abgerechnet werden, ist keine Datenübermittlung gem. DokuG erforderlich.

[3] aus der jeweils vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium (derzeit BMASGPK) herausgegebenen Version

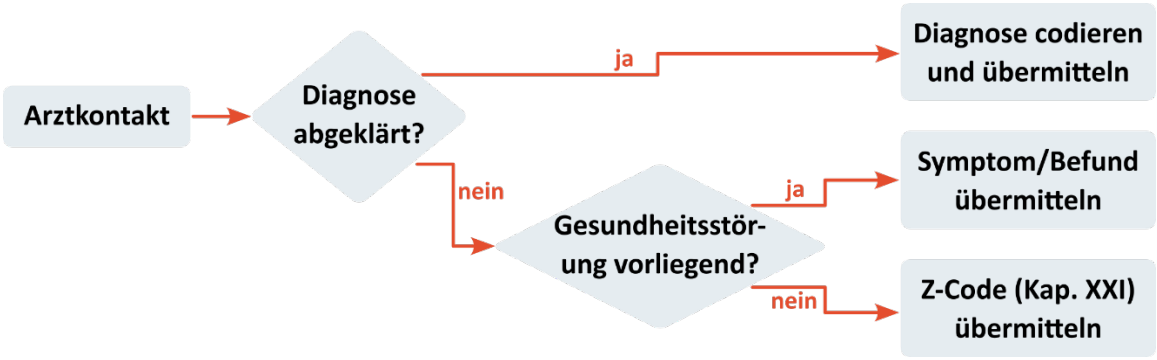
### 2.1.1 Dokumentation des Grundes für den Arztbesuch

Der Begriff „Diagnose“ ist im Kontext der gesetzlichen Diagnosencodierung nicht ausschließlich als abgeklärte Diagnose im Sinne einer Erkrankung, sondern als Grund für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu verstehen.

Bei bereits abgeklärten Erkrankungen sind der oder die Codes für die Erkrankung zu übermitteln. Dies kann der Code für eine akut aufgetretene Erkrankung sein oder ein bzw. mehrere Codes die bereits als Dauerdiagnose(n) hinterlegt sind.

Wenn die diagnostische Abklärung nicht abgeschlossen ist, dann ist das Hauptsymptom, der schwerwiegendste abnorme Befund oder die schwerwiegendste Gesundheitsstörung (als Hauptdiagnose) zu übermitteln.

Wenn keine Gesundheitsstörung vorliegt, z.B. bei einer Vorsorgeuntersuchung, wird ein Code aus Kapitel XXI des ICD-10 (Z-Codes) übermittelt, z.B. „Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ (welche auch die Vorsorgeuntersuchung umfasst).




### 2.1.2 Haupt- und Zusatzdiagnosen

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose als Hauptdiagnose zu übermitteln, die den Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt (= Hauptdiagnose). Wenn mehrere Diagnosen vorliegen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch beschreiben, sind diese zu übermitteln. Eine davon ist als Hauptdiagnose auszuwählen.

Wenn die Hauptdiagnose den Grund für den ambulanten Besuch nicht ausreichend beschreibt bzw. wenn mehrere Gründe für den ambulanten Besuch vorliegen, sind auch die weiteren Gründe zu übermitteln (= Zusatzdiagnosen).

**Beispiel**
Ambulanter Besuch nach Sturz mit Schulterluxation und mehreren oberflächlichen Abschürfungen.

- Hauptdiagnose: S43.0 Luxation des Schultergelenks
- Zusatzdiagnose: T00.9 Multiple oberflächliche Verletzungen, nicht näher bezeichnet

### 2.1.3 Chronische Erkrankungen/Dauerdiagnosen

Bei ambulanten Besuchen wegen chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus oder Hypertonie) sind (analog zu den allgemeinen Regeln, vgl. Kapitel 2.1) die Codes der Erkrankungen zu übermitteln.

**Kontakt wegen bekannter chronischer Erkrankung**
Ja: Übermittlung der Dauerdiagnose(n)
Nein: Grund für den aktuellen Kontakt

Einige Anbieter von Ordinationssoftware bieten Funktionen an, chronische Erkrankungen als Dauerdiagnosen anzulegen und mit Shortcuts abzurufen. Diese Vorgehensweise erweist sich im Praxisalltag als zeitsparend.

### 2.1.4 Verdachtsdiagnosen/Erfassung von Symptomen

Verdachtsdiagnosen wie zum Beispiel „Verdacht auf Appendizitis“ können in der eigenen Dokumentation als solche erfasst und mit dem dafür passenden Begriff sowie dem Attribut „Verdacht auf“ hinterlegt werden. Die mit „Verdacht auf“ gekennzeichneten Diagnosen sind jedoch nicht zu übermitteln, da jede codierte Diagnose als bestätigte Diagnose interpretiert wird. Wenn am Ende des ambulanten Besuchs keine ausreichende Information zur Festlegung einer Diagnose vorliegt, beispielweise bei noch ausständigen Befunden, so ist daher das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu übermitteln.

**Beispiel**
Ambulanter Besuch wegen rechtem Unterbauchschmerz und Übelkeit. Es besteht der Verdacht auf Appendizitis. Das schwerwiegendste Symptom „R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches“ wird als Grund für den ambulanten Besuch übermittelt.

### 2.1.5 Besuche ohne Gesundheitsstörung

Bei ambulanten Besuchen ohne Gesundheitsstörung (Vorsorgeuntersuchungen, Routineuntersuchungen, Impfungen, administrative Anlässe etc.) sind als Kontaktgrund ICD-10-Codes aus dem Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (Z00–Z99) zu übermitteln.

**Beispiele**
- Bei einer jährlichen Vorsorgeuntersuchung ist „Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ zu übermitteln. Für die eigene Dokumentation kann im Codierservice zusätzlich der Begriff „Jährliche Gesundenuntersuchung“ übernommen werden.
- Eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung ist mit dem Code „Z01.4 Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)“ zu übermitteln.
- Für Impfungen stehen im e-Health Codierservice spezifische Impfbegriffe (z.B. Grippe-Impfung) zur Verfügung. Bei direkter Eingabe eines ICD-10-Codes ist die Übermittlung von „Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet“ ausreichend; alternativ gibt es weitere ICD-10-Codes wie U11 oder Z23 bis Z27.

### 2.1.6 Kontrolluntersuchungen bei akuten Erkrankungen

Bei Verlaufskontrollen, bzw. bis zum Abschluss der Behandlung eines akuten Falls ist die beim Beginn der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen.

Es wird empfohlen, die Diagnose beim ersten Kontakt in der Patietenakte zu hinterlegen, um diese bei Folgekontakten erneut und ohne zusätzlichen Suchaufwand auswählen zu können.

**Beispiel**
Gesicherte Pneumonie mit Antibiotikatherapie und Kontrolle in einer Woche. Beim ersten Kontakt ist der passende Begriff für die Pneumonie zu erfassen und beim Folgekontakt erneut auszwählen. Bei beiden Kontakten wird dann z.B. „J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet“ oder „J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae“ übermittelt.

### 2.1.7 Behandlungsserien

Bis zum Abschluss der Behandlung bzw. während einer Behandlungsserie (z.B. in der physikalischen Medizin) ist die beim Beginn der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Es wird empfohlen, die Diagnose bei einer Behandlungsserie mit von der Ordinationssoftware unterstützten Möglichkeiten so zu hinterlegen, dass sie bei wiederkehrenden Behandlungen der gleichen Gesundheitsstörung ohne zusätzlichen Suchaufwand übermittelt werden kann.

**Beispiel**
Behandlungsserie mit zehn Einheiten Bewegungstherapie bei Lumbago: Beim ersten Kontakt ist als Grund für die Behandlungsserie der Begriff zu erfassen, dann kann der passende Code, z.B. „M54.5 Kreuzschmerz“ zu jeder Therapie softwaregestützt per Ein-Klick-Lösung übermittelt werden.

### 2.1.9 „Zustand nach“ und Nachkontrollen

Diagnosen, die einen „Zustand nach“ beschreiben, können in der eigenen Dokumentation erfasst und mit dem Attribut „Status post“ hinterlegt werden.

Zu übermitteln ist aber der der aktuelle Grund für den ambulanten Besuch. Im Regelfall weicht dieser von der mit „Zustand nach“ hinterlegten Operation oder Diagnose ab.

Wenn der ambulante Besuch zur Kontrolle nach einer vorangegangenen Operation erfolgt, ist der Code für die Nachkontrolle als Grund zu übermitteln, z.B. „Z09.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände“.

**Beispiel**
Nach Kataraktoperation erfolgt eine Kontrolle bei einer Augenärztin. Sie übermittelt dafür „Z09.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände“.

### 2.1.8 Rezeptausstellung/Medikamentenabgabe

Beim Ausstellen eines Rezeptes ohne begleitende Diagnostik/Therapieänderung ist die Übermittlung von „Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung“ ausreichend. Dies gilt auch für E-Rezepte. Wenn ausschließlich Medikamente in der Hausapotheke abgegeben werden, zählt dies nicht als Kontakt und es ist keine Diagnose zu übermitteln.

### 2.1.9 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Pathologie, Radiologie)

Bei ambulanten Kontakten mit diagnostischen Fächern, ggf. auch ohne physischen Kontakt (z.B. bei Laboreinsendungen), ist ebenfalls ein ICD-Code für den Grund der Inanspruchnahme zu übermitteln.

Wenn die Untersuchung (noch) keine Diagnose liefert, können die von der zuweisenden Stelle übermittelten diagnostischen Informationen (bestehende Symptome/Erkrankungen als Grund für die Untersuchung) verwendet werden oder es wird ein ICD-10-Code aus R70–R94 (Abnorme Befunde) für den vorläufigen Befund übermittelt.

**Beispiele**
- Labor: In einer Harnuntersuchung zeigen sich über der Norm liegende Proteine. Es wird „R80 Isolierte Proteinurie“ übermittelt.
- Pathologie: Hautexizsion, Muttermal, Veränderung in Farbe und Form. Pigmentierte Zellen in Epidermis und Dermis, Zellarchitektur homogen, keine Atypien, Ränder tumorfrei. Es wird „D22.9 Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet“ übermittelt.
- Radiologie: Im Lungenröntgen zeigen sich weißlich-verschattete Areale rechts basal. Es wurden keine klinischen Angaben gemacht. Es wird „R91 Abnorme Befunde der Lunge in der Bildgebung“ übermittelt.

Diagnosen, die im Zusammenhang mit „Verdacht auf“ oder „Ausschluss von“ verwendet werden, sind nicht zu übermitteln (siehe Kapitel 2.1.4).

Bei unauffälligen Untersuchungsergebnissen bzw. wenn ein Verdacht auf eine Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, ist ein Code aus „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu übermitteln

Liegen dem diagnostischen Fach keine Informationen zu den Gründen des ambulanten Besuchs vor, soll ein 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

Die Verwendung dieser Codes sollte auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben. Insbesondere bei aufwändigen diagnostischen Verfahren wie MR- und CT-Untersuchungen ist eine Beobachtung der Gründe der Inanspruchnahme von Relevanz für das Gesundheitssystem.

## 2.2 Weitere Informationen und Hinweise zu fachspezifischen Themen

Häufige Fragestellungen zur ambulanten Dokumentation und Beispiele zur Codierung sind in der Unterlage „Fragen und Antworten Diagnosen- und Leistungscodierung extramural ambulant“ dargestellt, die auf der Homepage des BMASGPK publiziert wurde.

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

Informationen zu Aufbau und Struktur des Diagnosenschlüssels ICD-10 sowie weitere Codierhinweise für medizinische Fachbereiche und für den intramuralen Bereich können im „Handbuch medizinische Dokumentation“ nachgelesen werden. Dort finden sich unter anderem Hinweise zu folgenden Themen:

- Codierung der Depression (ICD-10: F32 Depressive Episode)
- Differenzierten Codierung der Herzinsuffizienz
- Codierung des Schweregrads bei COPD
- Codierung von Tumorerkrankungen
- Kapitelbezogene Codierhinweise zur ICD-10

Das Handbuch medizinische Dokumentation ist auf der Homepage des BMASGPK unter https://www.sozialministerium.gv.at in den Unterlagen zum jeweils aktuellen LKF-Modell publiziert. Für die Dokumentationspflicht im Jahr 2026 ist das LKF-Modell 2026 relevant: Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF-Modell 2026 > Medizinische Dokumentation und LKF-Rundschreiben 2026.

## 2.3 Dokumentation bei Verwendung des e-Health Codierservice

Das e-Health Codierservice bietet die Möglichkeit einer Schlagwortsuche und liefert zu einem eingegebenen Kürzel oder Freitext (alternativ kann auch mit ICD-10-Codes gesucht werden) sowohl einen Begriff aus SNOMED CT für die eigene Dokumentation, als auch den davon abgeleiteten ICD-10-Code zurück.

Bei Verwendung des e-Health Codierservice ist als Grund für den Kontakt ein oder mehrere passende(r) Begriff(e) aus SNOMED auszuwählen und keine direkte Codierung nach ICD-10 erforderlich. Die primäre Codierinformation, die in der Auswahl dabei verantwortet werden muss, ist der ausgewählte SNOMED-CT-Begriff. Wird kein spezifischer Begriff gefunden, kann für die eigene Dokumentation Freitext verwendet werden und ein unspezifischer Begriff für die Datenübermittlung ausgewählt werden.

Nähere Informationen zum Codierservice sind unter dem folgenden Link abrufbar: e-Health Codierservice. Dort können auch unter Feedback Hinweise auf fehlende Begriffe und allfällige fehlerhafte Überleitungen eingebracht werden.

**Bundesministerium für Arbeit,**
**Soziales, Gesundheit, Pflege**
**und Konsumentenschutz**
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.gv.at