

VI 2401/2026
VMMD
September 2026

Gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von Leistungs- und Diagnosecodes je Patient*innenkontakt

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor!

Seit **1. Juli 2026** gilt für den gesamten extramuralen ärztlichen Versorgungsbereich (Vertragsärzt*innen, Primärversorgungseinheiten, Ambulatorien, Wahlärzt*innen mit mehr als 300 Patient*innen pro Jahr sowie Wahlambulatorien) die **gesetzliche Verpflichtung zur Meldung von Kontakten, Leistungen und Diagnosen** für sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen gemäß **Gesundheitsdokumentationsgesetz** und **Gesundheitsdokumentationsverordnung**.

Damit ist bei jedem Patient*innenkontakt der Anlass des Besuchs als Hauptdiagnose mittels der gesetzlich vorgeschriebenen ICD-10-Diagnosenklassifikation zu erfassen und zu übermitteln. Die wichtigsten Informationen zur praktischen Umsetzung finden Sie im Beiblatt.

Wir möchten in diesem Zusammenhang klarstellen, dass die **Diagnosecodierung keine Vorgabe der ÖGK** ist. Die Verpflichtung zur Verwendung und Übermittlung der gesetzlich vorgeschriebenen **ICD-10-Diagnosenklassifikation** ergibt sich aus den Bestimmungen des **§ 6a Abs. 3 Gesundheitsdokumentationsgesetz**. Die **ÖGK übernimmt dabei die gesetzlich vorgesehene Funktion als Datenschnittstelle** und leitet die übermittelten Informationen an die zuständigen Stellen weiter.

Wichtig: Die gesetzliche Dokumentationspflicht **ändert die bestehenden Abrechnungsbestimmungen der ÖGK nicht**. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen bleiben unverändert bestehen.

Hinweise für eine weiterhin reibungslose und pünktliche Abrechnung

- **Abrechnungsangaben:** Für die Abrechnung sind weiterhin alle bisher erforderlichen Angaben **einschließlich der notwendigen** Diagnose- und Begründungsinformationen zu übermitteln.
- **ICD-10-Übermittlung:** Die ÖGK befürwortet auch **für die Abrechnung** die Übermittlung von ICD-10-Diagnosen anstelle von Freitextangaben. **Werden ICD-10-Codes dafür verwendet, müssen alle abrechnungsrelevanten Diagnosen übermittelt werden** – nicht ausschließlich die aufgrund des Gesundheitsdokumentationsgesetzes erforderliche Hauptdiagnose.
- **Begründungsangaben:** Begründungen, die **gemäß Honorarordnung erforderlich sind, sind weiterhin** wie gewohnt im Diagnoseblock bzw. Freitextdiagnosefeld anzugeben.

Wir ersuchen Sie, die gesetzlich vorgeschriebene Diagnosecodierung bei jedem Patient*innenkontakt konsequent umzusetzen und gleichzeitig die für die Abrechnung erforderlichen Angaben weiterhin vollständig zu übermitteln. Damit unterstützen Sie eine ordnungsgemäße und pünktliche Abrechnung und leisten zugleich einen wichtigen Beitrag zu einer **verlässlichen Datengrundlage im österreichischen Gesundheitswesen**. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Freundliche Grüße
Ihre Österreichische Gesundheitskasse

Dr. Arno Melitopulos
Bereichsleiter

Beiblatt: Basisinformationen zur Umsetzung der Diagnosecodierung

- Künftig **muss zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung lt. DokuG bei jedem Patientenkontakt der Anlassfall des Besuches als Hauptdiagnose** erfasst werden. Dies ist mittels der gesetzlich vorgeschriebenen Diagnosenklassifikation (ICD-10) durchzuführen und gemäß § 6a (3) DokuG im Zuge der Leistungsabrechnung an die ÖGK zu übermitteln.
- Die ICD-10 codierte **Hauptdiagnose** ist der erste im Diagnosenfeld einzutragende Code. Allfällige weitere ICD-10 codierten **Zusatzdiagnosen** sollen nach der ersten Diagnose eingetragen werden.
- Diagnosen aus vergangenen Behandlungen sind nicht zu übermitteln. Die zu übermittelnden Diagnosen beziehen sich ausschließlich auf den Behandlungstag.
- Auch wenn bei einem Patientenkontakt **keine Diagnose** gestellt wird, ist der **Anlassfall** des Besuches als ICD-10-Code einzugeben:
 - **Verdachtsdiagnosen:** Es sind nur gesicherte Diagnosen zu übermitteln. Bei Verdachtsdiagnosen ist der ICD-10 Code für das dominante Symptom einzugeben.
 - **Verlaufskontrollen:** Bei wiederholten Kontakten aufgrund derselben Diagnose (z.B. bei chronischen Erkrankungen) ist immer derselbe dazugehörige Diagnosecode anzugeben.
 - **Rezeptverlängerungen:** Es ist der ICD-10 Code „Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung“ einzugeben.
- **Zählposition für Kontakte, bei denen keine Honorarpositionen verrechnet werden können** (betrifft insb. Pauschalen): Bei Patientenkontakten ohne verrechenbare Leistungsposition ist im **Abrechnungsfeld** die neu geschaffene Leistungsposition „PKA (Patientkontakt Abrechnung)“ einzugeben, im Feld für den ICD-10-Code der Code des Anlassfall des Besuches als Hauptdiagnose und allfällige Zusatzdiagnosen.

Für die korrekte Umsetzung der Diagnosecodierung gemäß DokuG stehen Ihnen auf www.sozialministerium.gv.at umfangreiche Informationsressourcen mit Anleitungen, Fallbeispiele und ein kostenloses Online-Codierservice zur Verfügung.



Bitte kommen Sie der gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung spätestens ab 1.7.2026 konsequent nach! Sie leisten damit einen wertvollen Beitrag für eine gemeinsame und verlässliche Datengrundlage, um evidenzgestützte Verbesserungen im Gesundheitswesen umzusetzen.

Ansprechpartner:

Für Fragen zur ICD-10 Codierung stehen Ihnen Ihre regionalen ÖGK-Ansprechpartner zur Verfügung:

ÖGK – Steiermark und Kärnten:

050766 153555

Bei fachlichen Fragen zur Diagnosecodierung wenden Sie sich bitte an

AMBCO-Hotline@gesundheitsministerium.gv.at

Bei Fragen zur Implementierung der Diagnosecodierung in Ihre Arztsoftware wenden Sie sich bitte an Ihren Softwareanbieter.