

Handbuch Medizinische Dokumentation für den extramuralen ambulanten Bereich

Diagnosencodierung
25. Juni 2025

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) "**

Projektleitung:

Mag. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

Projektteams

BMASGPK:

Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Romana Höltschl, MSc, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Endredaktion)

Koordination medizinische Dokumentation:

Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)

Ökonomenteam (SOLVE-Consulting, Gesamt-Projektkoordination):

Dr. Gerhard Renner, Ing. Mag. Alexander-Gregor Keller, MBA, Mag. Gerhard Gretzl

Ärzteteam:

Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)

Fachleute aus den medizinischen Fächern

Statistik:

Em. o. Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer

Software-Entwicklung:

DI Bernhard Pesec (dothealth)

Gesundheit Österreich GmbH:

Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Hermann Schmied, MPH, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, im Juni 2025

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

Zusammenfassung	5
1 Allgemeine Rahmenbedingungen	6
1.1. Gesetzliche Grundlagen	6
1.2. Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation	7
2 Diagnosendokumentation	8
2.1. Dokumentation des Grundes für den Arztbesuch	8
2.2. Allgemeine Regeln.....	9
2.2.1 ...Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen	10
2.2.2 ...Zusatzdiagnosen.....	10
2.2.3 ...Verdachtsdiagnosen.....	10
2.2.4 ...Nicht abgeschlossene diagnostische Abklärung.....	11
2.2.5 ...Dauerdiagnosen/chronische Erkrankungen.....	11
2.2.6 ...Zustand nach	12
2.2.7 ...Nach- und Kontrolluntersuchungen.....	12
2.2.8 ...Besuche ohne Gesundheitsstörung.....	12
2.2.9 ...Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie).....	13
2.3. Beispiele zu häufigen Fragestellungen.....	13
2.3.1 ...Routineuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen.....	13
2.4. Codierhinweise zu fachspezifischen Themen	14
2.5. e-Health-Codierservice.....	14
2.6. Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025.....	15
2.6.1 ...Aufbau und Struktur des Diagnosenschlüssels ICD-10 BMSGPK 2025.....	15

Zusammenfassung

Bei ambulanten Besuchen im extramuralen Bereich besteht gemäß dem mit dem Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (BGBl. I Nr. 191/2023) novellierten Gesundheitsdokumentationsgesetz und der Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO ab 1. Jänner 2026 eine bundeseinheitliche Verpflichtung zur Diagnosencodierung und Berichterstattung.

Die dafür geltenden Regeln wurden mit der Diagnosencodierung im intramuralen Bereich abgestimmt und sind im Folgenden dargestellt:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- 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 kennzeichnen.
- Die Codierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes¹ zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein Symptom oder Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können Codes aus Kapitel XXI verwendet werden:
 - Ausnahme: Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.

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. Beispiele zur Anwendung sind in den Kapiteln zur Diagnosendokumentation zu finden.

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** (BGBl. Nr. 745/1996) in der jeweils geltenden Fassung. 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) (BGBl. II Nr. 367/2024, ausgegeben am 13.12.2024)** sowie all deren Novellierungen und Neufassungen.

Ab 1. Jänner 2026 besteht für Ärztinnen und Ärzte im extramuralen ambulanten Bereich damit sowohl eine bundesweit einheitliche Verpflichtung, eine codierte Diagnosen- und Leistungsdokumentation durchzuführen, als auch zur Meldung der Diagnosen nach der ICD-10. Die Verpflichtung zur Verwendung der ICD-Klassifikation bezieht sich somit nur auf die Meldung der Diagnosen und ist unabhängig vom verwendeten Dokumentationsystem (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 extramural ambulanten Bereich** richtet sich primär an die mit der Diagnosenerfassung befassten Personen. Es beinhaltet die für den extramuralen Bereich relevanten Definitionen und Erläuterungen zur gesetzlich verpflichtenden Diagnosendokumentation.

Das Handbuch ist unter <https://www.sozialministerium.gv.at>, Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Gesundheitssystem und Qualitätssicherung > Dokumentation > Ambulante Leistungs- und Diagnosendokumentation abrufbar.

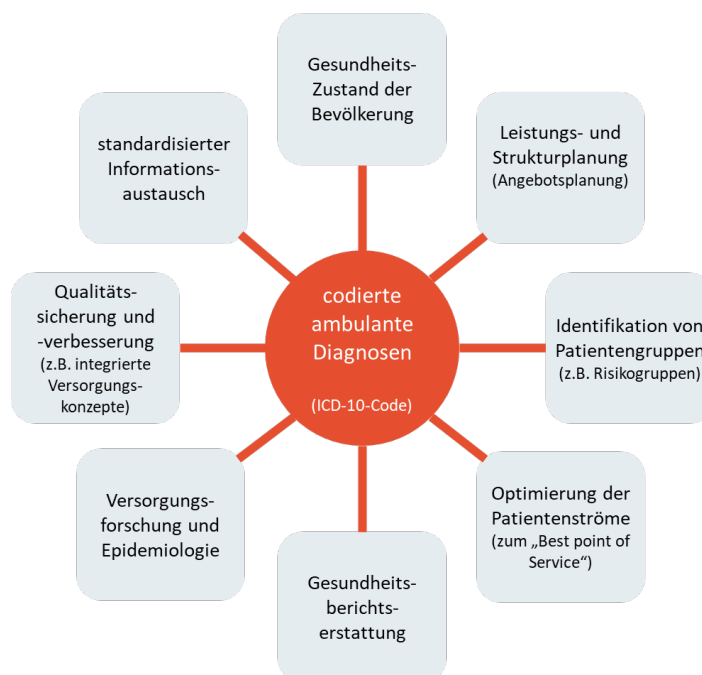
1.2 Bedeutung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation

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.

Die Diagnosendokumentation ist ein wesentlicher Teil der medizinischen Dokumentation. Eine standardisierte codierte Dokumentation liefert die Grundlage für die eigene Patientenakte, eine sichere Behandlung der Patient:innen und die Basis für die Kommunikation mit anderen Ärztinnen und Ärzten sowie therapeutischen Berufen. Ein wesentlicher Wert der Dokumentation ist damit die Nutzung der Daten für interne Zwecke.

Für das Gesundheitswesen 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:

- Leistungs- und Strukturplanung (Angebotsplanung)
- Identifikation von Patientengruppen (z.B. Risikogruppen)
- Optimierung der Patientenströme (zum Best Point of Service)
- Gesundheitsberichterstattung
- Versorgungsforschung und Epidemiologie
- Qualitätssicherung und -verbesserung (z.B. integrierte Versorgungskonzepte)
- Standardisierter Informationsaustausch



2 Diagnosendokumentation

Im Rahmen der gesetzlich geregelten Diagnosendokumentation werden pseudonymisierte Daten an das Bundesministerium übermittelt und stehen damit für Analysen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems Verfügung.

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 zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Fassung durchzuführen; im spitalsambulanten Bereich seit 2017, wenn bestimmte Leistungen erbracht werden, und seit 2025 für den gesamten spitalsambulanten Bereich.

Ab dem Berichtsjahr 2026 ist eine Diagnosenberichterstattung auch bei allen extramuralen ambulanten Besuchen verpflichtend.

Als Unterstützung bei der Diagnosencodierung wird das e-Health Codierservice zur Verfügung gestellt (siehe Kapitel 2.4).²

Informationen zu Aufbau und Struktur des Diagnosenschlüssels ICD-10 finden sich am Ende dieses Handbuchs (Kapitel 2.5).

2.1 Dokumentation des Grundes für den Arztbesuch

Ziel der gesetzlich geregelten ambulanten Diagnosencodierung ist die systematische Erfassung der Gründe, aus denen Patientinnen und Patienten ambulante Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

Das Gesundheitsdokumentationsgesetz sieht vor, dass zu jedem ambulanten Kontakt zumindest eine Diagnose zu übermitteln ist. Unter Kontakt versteht man im extramuralen ambulanten Bereich einen Besuch bei einem/einer niedergelassenen Arzt/Ärztin oder in einem selbstständigen Ambulatorium; ein Kontakt entspricht somit einem ambulanten Besuch.

² Weiterführende Informationen unter <https://codierservice.ehealth.gv.at>

In der Regel sind ambulante Besuche mit einer nach ICD-10 codierbaren Diagnose begründet. Dies kann eine während des ambulanten Besuches erhobene oder eine bestehende Diagnose sein.

Insbesondere im extramuralen Bereich liegt am Ende eines ambulanten Besuchs häufig keine gesicherte Diagnose vor. In diesen Fällen ist der ICD-10-Code für das schwerwiegendste Symptom zu übermitteln. Für ambulante Besuche ohne Gesundheitsstörung als Anlass für den Arztbesuch (z. B. Vorsorgeuntersuchungen) sind spezifische ICD-10-Codes vorhanden.

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

2.2 Allgemeine Regeln

Die im Folgenden dargestellten Regeln wurden mit der Diagnosencodierung im intramuralen Bereich abgestimmt und gelten einheitlich für alle ambulanten Besuche:

- Für jeden ambulanten Besuch ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Das gilt auch für telemedizinische Kontakte.
- 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 kennzeichnen.
- Die Diagnosencodierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes³ zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).
- Wenn die Diagnostik noch nicht abgeschlossen ist bzw. keine Diagnose angegeben werden kann, soll ein Symptom oder Befund aus Kapitel XIX codiert werden.
- Wenn der ambulante Besuch nicht in einer Erkrankung begründet ist, können Codes aus Kapitel XXI verwendet werden.

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

- Anmerkung zur Kennzeichnung der Codes in Kapitel XXI der ICD-10:
 - Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
 - Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt (wie nicht gekennzeichnete Codes) verwendet werden.
 - Die Kennzeichnung ist nicht zu übermitteln.

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

2.2.1 Hauptdiagnose bei ambulanten Besuchen

Für jeden ambulanten Besuch ist eine Diagnose als Hauptdiagnose zu kennzeichnen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt.

Die Hauptdiagnose beschreibt jene Gesundheitsstörung, die sich nach Durchführung aller Untersuchungen als Hauptgrund für den ambulanten Besuch herausgestellt hat.

Wenn mehrere Diagnosen vorliegen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch beschreiben, ist eine davon als Hauptdiagnose zu kennzeichnen und alle weiteren als Zusatzdiagnosen zu übermitteln.

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

Wenn keine Gesundheitsstörung als Grund vorliegt (z.B. Vorsorgeuntersuchung), sind Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

2.2.2 Zusatzdiagnosen

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

2.2.3 Verdachtsdiagnosen

Verdachtsdiagnosen wie zum Beispiel „Verdacht auf Appendizitis“ sind nicht zu übermitteln. Da jede codierte Diagnose als bestätigte Diagnose interpretiert wird, ist bei einem

unbestätigten „Verdacht auf Appendizitis“ keinesfalls der ICD-10 Code für die Appendizitis zu übermitteln. Anstelle des Verdachts ist das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu übermitteln, das/der den Verdacht begründet.

Beispiel:

- Ein:e Patient:in kommt mit rechtem Unterbauchschmerz und Übelkeit zum:zur Allgemeinmediziner:in. Das schwerwiegendste Symptom „R10.3 Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches“ wird als Grund für den ambulanten Besuch übermittelt.
- Aufgrund des Verdachts auf Appendizitis erfolgt eine Überweisung in die nächstgelegene Notfallambulanz. Dort wird nach Labor und Bildgebung eine Appendizitis diagnostiziert und „K35.8 Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet“ als Hauptdiagnose vergeben.

Wenn ein anfänglicher Verdacht ausgeschlossen und keine andere Diagnose gestellt werden konnte, ist eine Schlüsselnummer aus der Kategorie „Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen“ zu codieren.

2.2.4 Nicht abgeschlossene diagnostische Abklärung

Wenn am Ende des ambulanten Besuchs keine ausreichende Information zur Festlegung einer Diagnose vorliegt, beispielsweise bei noch ausständigen Befunden, so ist der am Ende des ambulanten Besuchs vorliegende Kenntnisstand, z.B. das schwerwiegendste Symptom oder der schwerwiegendste Befund zu übermitteln.

Beispiel:

- Im Rahmen einer Untersuchung wird ein Knoten in der Brust festgestellt, es erfolgt eine Überweisung zur bildgebenden Diagnostik. Der vorliegende Kenntnisstand „N63 Nicht näher bezeichnete Knoten in der Mamma [Brustdrüse]“ wird als Grund für den ambulanten Besuch übermittelt.

2.2.5 Dauerdiagnosen/chronische Erkrankungen

Bei ambulanten Besuchen zur Kontrolle bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Hypertonie ist/sind der/die Code(s) der Erkrankung(en) anzugeben.

Das Ausstellen eines Rezeptes ohne begleitende Diagnostik/Therapieänderung ist mit „Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung“ zu codieren.

2.2.6 Zustand nach

Diagnosen, die einen „Zustand nach“ beschreiben, sind im Regelfall nicht zu übermitteln. Zu übermitteln ist der der aktuelle Grund für den ambulanten Besuch. Wenn wegen einer vorangegangenen Erkrankung/Operation weitere Maßnahmen erforderlich sind, z.B. eine Pharmakotherapie, ist dies als Grund anzugeben.

Beispiel:

- Ein:e Patient:in kommt nach einem Schlaganfall/einer Lungenembolie/der Implantation einer Herzklappe zur Überwachung der Antikoagulationstherapie in die Ordination. Der Code „Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese“ ist zu übermitteln.

2.2.7 Nach- und Kontrolluntersuchungen

Bis zum Abschluss der Akutbehandlung ist im Regelfall die bei der Behandlung erfasste Diagnose weiterzuführen. Nach abgeschlossener Therapie sind die Codes aus Kapitel XXI zu verwenden.

Beispiel:

- Nach einer Appendektomie im Krankenhaus erfolgt eine Nahtentfernung im extramuralen Bereich. Als Anlass für den Besuch wird „Z48.0! Kontrolle von Verbänden und Nähten“ codiert.

2.2.8 Besuche ohne Gesundheitsstörung

Bei ambulanten Besuchen ohne Gesundheitsstörungen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, administrative Anlässe etc.) sind Codes aus dem ICD-10-Kapitel XXI „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ anzuwenden.

Beispiele:

- Bei einem Besuch für eine jährlich angebotene allgemeine Vorsorgeuntersuchung ist „Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung“ zu übermitteln.
- Eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung ist mit dem Code „Z01.4 Gynäkologische Untersuchung (allgemein) (routinemäßig)“ zu übermitteln.
- Eine Impfung ist mit „Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet“ zu codieren.

2.2.9 Ambulanter Besuch in diagnostischen Fachrichtungen (z.B. Labor, Radiologie)

Bei ambulanten Kontakten mit diagnostischen Fächern, ggf. auch ohne physischen Kontakt (z.B. bei Laboreinsendungen), ist die Hauptdiagnose ebenfalls zu erfassen. Dabei können die von der zuweisenden Stelle übermittelten diagnostischen Informationen (bestehende Symptome/Erkrankungen) verwendet werden.

Cave: Keine Übermittlung von Diagnosen, die im Zusammenhang mit „Verdacht auf“ oder „Ausschluss von“ verwendet werden!

Im Regelfall ist es nicht erforderlich, dass vom diagnostischen Fach eine eigene Diagnose gestellt wird.

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

2.3 Beispiele zu häufigen Fragestellungen

2.3.1 Routineuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen

Welche Diagnosen sind bei Routineuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen mit bekannten bzw. neu diagnostizierten Gesundheitsstörungen zu übermitteln?

Beispiele:

- Ein:e Patient:in ohne bekannte Erkrankung kommt zur Routineuntersuchung zum Augenarzt; die Untersuchung ergibt einen unauffälligen Befund. Als Grund für den ambulanten Besuch ist „Z01.0 Visusprüfung und Untersuchung der Augen“ zu übermitteln.
- Ein:e Patient:in ohne bekannte Erkrankung kommt zur Routineuntersuchung zum Augenarzt; bei der Untersuchung wird ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt. Als Grund für den ambulanten Besuch ist „H40.0 Glaukomverdacht (= Okuläre Hypertension)“ anzugeben.
- Ein:e Patient:in mit bekannter Myopie kommt zur Routineuntersuchung zum Augenarzt; die Untersuchung ergibt abgesehen von der Myopie einen unauffälligen Befund. Als Grund für den ambulanten Besuch ist „H52.1 Myopie“ zu übermitteln.

- Ein:e Patient:in mit bekannter Myopie kommt zur Routineuntersuchung zum Augenarzt; bei der Untersuchung wird zusätzlich zur Myopie ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt. Als Grund für den ambulanten Besuch ist „H40.0 Glaukomverdacht (= Okuläre Hypertension)“ anzugeben. „H52.1 Myopie“ ist als weitere Diagnose zu übermitteln.

Weitere Beispiele zu den in Kapitel 2.2. beschriebenen Regeln werden gesammelt und an dieser Stelle ergänzt.

2.4 Codierhinweise zu fachspezifischen Themen

Weitere Codierhinweise zu Fragestellungen 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 (derzeit LKF-Modell 2025) publiziert: Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF-Modell 2025 > Medizinische Dokumentation und LKF-Rundschreiben 2025.

2.5 e-Health-Codierservice

Für die Codierung steht das e-Health-Codierservice zur Verfügung. Dieses bietet die Möglichkeit einer Schlagwortsuche und liefert bei Auswahl eines angezeigten Begriffs sowohl einen SNOMED-Code als auch den dazu passenden ICD-10 Code zurück. Nähere Informationen zum Codierservice sind unter dem folgenden Link abrufbar:

[e-Health Codierservice](#).

Das Codierservice kann über eine geeignete Schnittstelle in die Praxissoftware eingebunden werden.

2.6 Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025

Der Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 ist die aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der ICD-10 und basiert auf der deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die seit Einführung der ICD-10-Codierung bekannten Anpassungen für die Codierung in Österreich wurden übernommen (siehe nächster Absatz).

Die wesentlichen Unterschiede zur deutschsprachigen ICD-10 WHO 2019 des BfArM sind im Folgenden dargestellt:

- Ersatz des Kapitels XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ durch das Kapitel XXa „Exogene Noxen – Ätiologie“
- Differenzierte Anwendung des Kapitels XXI und Kennzeichnung einzelner Codes als !-Schlüsselnummern oder #-Schlüsselnummern
- Die Gruppe „Z55–Z65 Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken auf Grund sozio-ökonomischer und psychosozialer Umstände“ wird für die Berichterstattung nicht verwendet.

Jede in ihrem Anwendungsbereich eingeschränkte Schlüsselnummer ist mit einem der beiden Kennzeichen Ausrufezeichen („!“) oder Nummernzeichen („#“) gekennzeichnet:

- Die mit „#“ gekennzeichneten Codes sind nicht bzw. nur für die interne Dokumentation zu verwenden.
- Die mit „!“ gekennzeichneten Codes können ambulant uneingeschränkt verwendet werden.
- Bei der Codierung sind nur die jeweiligen Codes zu erfassen, die Kennzeichnung ist nicht anzugeben.

2.6.1 Aufbau und Struktur des Diagnosenschlüssels ICD-10 BMSGPK 2025

Die ICD-10 ist ein hierarchisch gegliedertes Klassifikationssystem. Die Gliederung besteht in der obersten Ebene aus 22 Kapiteln, den Krankheitsklassen.

Die Rangfolge der 22 Kapitel (= Krankheitsklassen) ist traditionell zu erklären. Den Allgemeinkrankheiten (Infektionen, Neubildungen, Krankheiten des Blutes, Endokrinopathien) folgen die Organkrankheiten, die angeborenen Erkrankungen, die Symptome und schlecht bezeichneten Affektionen, die Verletzungen und Vergiftungen sowie die exogenen Noxen und die den Gesundheitszustand beeinflussenden Faktoren.

Die 22 Kapitel sind durch Krankheitsgruppen unterteilt. Jede dieser Gruppen fasst mehrere dreistellige Krankheitskategorien zusammen.

Diese dreistelligen Krankheitskategorien bilden als „Dreistellige allgemeine Systematik“ das Grundgerüst des Diagnoseschlüssels.

Die dreistelligen Kategorien (kurz „Dreisteller“) sind im Regelfall durch eine mit Punkt abgetrennte vierte Stelle weiter zu vierstelligen Schlüsselnummern (kurz „Viersteller“) unterteilt, die die „Vierstellige ausführliche Systematik“ bilden.

Bei der Diagnosencodierung sind diese vierstelligen Schlüsselnummern zu erfassen. Nur wenn bei einem Dreisteller keine weitere Unterteilung vorgenommen wurde, ist ein dreistelliger Code zu erfassen.

Einige wenige Diagnosen (D68.2, I50.0, I50.1, J44.0 bis J44.9, K91.8) sind fünfstellig zu erfassen.

In einigen Bereichen wie z.B. bei den Erkrankungen des Bewegungsapparats ist von der WHO eine weitere Unterteilung an der fünften Stelle vorgegeben. Die Erfassung dieser Fünfsteller ist optional.

Der Umgang mit der ICD-10 wird erleichtert, wenn man den zugrundeliegenden hierarchischen Aufbau kennt. In der folgenden Tabelle ist der hierarchische Aufbau des Diagnoseschlüssels schematisch dargestellt.

Hierarchischer Aufbau der ICD-10:
Beispiel: Fremdkörper im Musculus biceps
Kapitel (Krankheitsklasse): XIII „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“
Gruppe (Unterkapitel): M70–M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes“
Kategorie: M79 „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andernorts nicht klassifiziert“
Vierstellige Schlüsselnummer (Subkategorie): M79.5 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe“
Fünfstellige Schlüsselnummer: M79.52 „Verbliebener Fremdkörper im Weichteilgewebe, Oberarm“

Die ICD-10 BMSGPK 2025 beinhaltet 22 Kapitel, 228 Gruppen, 1.680 dreistellige Kategorien, 9.004 vierstellige Subkategorien und umfasst insgesamt 13.103 codierbare Schlüsselnummern (drei- bis fünfstellig).

Das alphabetische Verzeichnis mit integriertem Diagnosenthesaurus beinhaltet etwa 78.000 weitere Krankheitsbegriffe, die den ICD-10-Codes zugeordnet wurden.

2.6.1.1 Dreistellige allgemeine Systematik

Die dreistelligen Krankheitskategorien stellen eine grobe Zusammenfassung von Krankheitsbezeichnungen dar, die erst auf der vierstelligen Ebene der Klassifikation ausreichend genau definiert werden. Eine dreistellige Codierung bedeutet daher meistens einen Verlust wesentlicher klinischer Informationen.

Die Diagnosencodierung hat – soweit im Diagnosenschlüssel ICD-10 BMSGPK 2025 vorgesehen – jedenfalls vierstellig zu erfolgen.

2.6.1.2 Vierstellige ausführliche Systematik

Eine differenzierte Untergliederung der dreistelligen Kategorien sind die vierstelligen Subkategorien, die den klinisch relevanten Teil des Diagnosenschlüssels bilden. Jeder Dreisteller ist grundsätzlich in 10 Untergruppen mit der Notation .0 bis .9 unterteilbar.

Mit den vierstelligen Subkategorien werden ätiologische sowie topographische und morphologische Varianten einer Krankheit unterschieden.

Nicht jede dreistellige Krankheitskategorie hat Subkategorien. Für 249 Dreisteller gibt es keine vierstellige Unterteilung. Hierzu gehören u.a.:

- A35 – Sonstiger Tetanus
- C61 – Bösartige Neubildung der Prostata
- S16 – Verletzung von Muskeln und Sehnen in Halshöhe

Für die Reihenfolge der Viersteller gilt folgendes Ordnungsschema: Zuerst werden bedeutende und häufige Krankheiten angeführt, am Schluss die sonstigen Krankheiten, die selten oder ungenau bezeichnet sind.

Generell ist der spezifische vierstellige Code, wenn vorhanden, zu verwenden!

Die Bestandteile des Diagnosenschlüssels sind:

- Systematisches Verzeichnis
 - Dreistellige Allgemeine Systematik
 - Vierstellige Ausführliche Systematik
 - Kapitel I–XIX
 - Kapitel XXa – Exogene Noxen – Ätiologie (Ersetzt Kapitel XX)
 - Kapitel XXI, XXII
 - Anhang
- Alphabetisches Verzeichnis mit Diagnosenthesaurus

Die ICD-10 BMSGPK 2025 steht als SYSTEMATISCHES VERZEICHNIS und als ALPHABETISCHES VERZEICHNIS unter <https://www.sozialministerium.gv.at>, Themen > Gesundheit > Gesundheitssystem > Krankenanstalten > LKF-Modell 2025 > Kataloge auf der Website des Bundesministeriums zur Verfügung. Das alphabetische Verzeichnis beinhaltet einen Diagnosenthesaurus und kann als Verschlüsselungshilfe verwendet werden.

**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

sozialministerium.at