



FAQ's Leistungs- und Diagnosecodierung

Allgemeine Informationen:

Ab 01.07.2026 ist für jeden Kontakt 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 Diagnosecodierung hat mit vierstelligen ICD-10-Codes zu erfolgen (bzw. mit Dreistellern, falls kein Viersteller vorhanden ist).

Gibt es Förderungen für die Umsetzung der Leistungs- und Diagnosecodierung?

Derzeit nicht. Die Kosten für Anbindung und Betrieb der Infrastruktur müssen Ärzt:innen selbst tragen.

Welche Sanktionen drohen bei Nicht-Erfüllung?

Hier ist zwischen berufsrechtlichen Konsequenzen (im Zuges eines möglichen Disziplinarverfahrens) und Verwaltungsstrafen nach anderen Gesetzen zu unterscheiden. Bisher bestehen keinerlei praktische Erfahrungen, da weder Judikatur noch disziplinarrechtliche Entscheidungen zu diesen neuen Pflichten vorliegen.

Wird die Verpflichtung zur Nutzung von e-Card/ELGA oder die Dokumentationspflicht nach ICD-10 in der eigenen medizinischen Dokumentation nicht erfüllt, liegt gemäß § 199 ÄrzteG eine Verwaltungsübertretung vor, die mit einer Geldstrafe bis zu 2.180 Euro bedroht ist. Wer es unterlässt, ELGA-Gesundheitsdaten in ELGA zu speichern, riskiert eine Geldstrafe bis zu 3.630 Euro. Entsteht durch dieses Verhalten eine schwerwiegende Gefahr für Leib, Leben oder Gesundheit einer Person, ist eine Geldstrafe bis zu 21.800 Euro vorgesehen (dies ist die Rechtslage in § 25 Gesundheitstelematikgesetz ab 01.01.2026).

In 2 Jahren kommen EU-Gesetze, die andere Bedingungen stellen – muss die Software dann erneut angepasst werden?

Die EHDS-Verordnung ist im März 2025 in Kraft getreten, einige wichtige Detailbestimmungen dazu werden vonseiten der EU-Kommission bis März 2027 vorliegen und sind anschließend in großen Teilen bis März 2029 verpflichtend umzusetzen. Der EHDS zielt darauf ab, Verbesserungen in der digitalen Datenverfügbarkeit für Ärzt:innen und Patient:innen, eine Stärkung der Patient:innenrechte und die Möglichkeit zur streng geregelten Sekundärnut-

zung von Gesundheitsdaten über die gesamte EU hinweg umzusetzen. Eine Grundlage dafür ist eine präzise semantische Struktur der Dokumentation.

Das e-Health Codierservice ermöglicht die Erfassung von Diagnosebegriffen mittels SNOMED CT, der weltweit umfassendsten Terminologie für das Gesundheitswesen, sowie abgeleitet ebenso ICD-10 und ORPHA. Es eignet sich als „digitales Wörterbuch“ daher sowohl als Grundlage für bestehende gesetzliche Anforderungen, als auch für semantische Anforderungen, die in der Zukunft schlagend werden können.

Daher bietet die Nutzung des e-Health Codierservices bereits jetzt die Grundlagen für die digitalen Weiterentwicklungen der Zukunft. Dies konnte durch das gemeinsame Etablieren des e-Health Codierservices durch die ÖÄK, das BMASGPK und die ELGA GmbH gelingen.

Die Übermittlung der Diagnosedaten gem. DokuG nach ICD-10 ist von den Anforderungen des EHDS nicht betroffen.

Muss jede Ärztin oder jeder Arzt (egal welcher Größe, Wahl- oder Kasse) ab 01.07.2026 die Diagnosen codieren?

Das zuständige BMASGPK hat Ausnahmen und eine sogenannte „Zumutbarkeitsgrenze“ definiert:

Die Verpflichtungen ab 01.07.2026 bestehen unabhängig vom Alter der Wahlärztin oder des Wahlarztes. Ausgenommen von der Verpflichtung sind (§ 49 Abs. 8 Ärztegesetz 1998):

1. Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich gutachterliche Aufträge erfüllen.
2. Ärztinnen/Ärzte, die ausschließlich als Arbeitsmedizinerinnen bzw. Arbeitsmediziner (§ 81 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz) tätig sind.
3. Wohnsitzärztinnen bzw. Wohnsitzärzte mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationsstätten.
4. Wahlärztinnen und Wahlärzte mit insgesamt weniger als 300 verschiedenen Patientinnen bzw. Patienten pro Jahr (unabhängig vom Krankenversicherungsträger, inkludiert sind somit auch KFA-Teilnehmer und privatversicherte bzw. nicht versicherte Personen).

Die Ausnahme aufgrund der Verhältnismäßigkeit (weniger als 300 verschiedene Patientinnen und Patienten pro Jahr) kann nicht geltend gemacht werden von Wahlärztinnen und Wahlärzten, die

1. in einer Gruppenpraxis, Mietpraxis oder Ordinationsgemeinschaft tätig sind und/oder
2. einen Teilvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern haben und/oder
3. ehemalige Vertragsärztinnen bzw. -ärzte sind.

Beispiele:

- Hat eine Wahlärztin oder ein Wahlarzt zwar weniger als 300 verschiedene Patientinnen und Patienten pro Jahr, ist aber z.B. in einer Ordinationsgemeinschaft tätig, so gilt keine Ausnahme, und sie oder er ist gesetzlich verpflichtet, die e-card Infrastruktur, ELGA und den e-Impfpass zu nutzen und die codierte Diagnose und Leistungsdokumentation zu übermitteln.
- Auch Ärztinnen und Ärzte, die ihren Kassenvertrag zurücklegen und ihre Ordination als Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte weiterführen, sind verpflichtet – unabhängig von der Zahl der behandelten Patientinnen und Patienten pro Jahr. Bei in Aussicht genommener Pensionierung oder einem geplanten Umzug ins Ausland kann im Einzelfall eine Härtefallregelung zur Anwendung kommen.

An welche Stelle und in welcher Form muss ich als Vertragspartner:in ab 01.07.2026 die codierten Diagnosen übermitteln?

Als Vertragspartner:in der KV-Träger ÖGK, SVS und BVAEB übermitteln Sie die codierten Diagnosen wie Ihre Leistungsabrechnungen im Wege von ELDA/DVP an den jeweils zuständigen KV-Träger Ihrer Patient:innen. Die DVP-Satzarten wurden vom DVSV um eine Satzart für ICD-10-Codes erweitert, was auch eine Erweiterung Ihrer bestehenden Ordinationssoftware bedingt.

Ist es ausreichend, wie bisher die Daten – nunmehr mit ICD-10-Code(s) – an die Krankenversicherungsträger im Rahmen der Monats-/Quartalsabrechnung zu übermitteln?

Ja, die Diagnosen sind zu jedem ambulanten Besuch (Kontakt) eines Patienten/einer Patientin einmal pro Tag (mit Datum) zu erfassen (mindestens eine Diagnose, mehrere Zusatzdiagnosen sind möglich) und im Rahmen der Monats-/Quartalsabrechnung an die Krankenversicherungsträger zu übermitteln.

Genügt es, einfach den entsprechenden Code der Diagnose nachzustellen und mit der Diagnose zu übermitteln, oder muss das in einem bestimmten Format geschehen?

Wenn Sie Vertragspartner:in eines oder mehrerer KV-Träger sind und Ihre Abrechnungsdaten inkl. Honorarposition/en der erbrachten Leistung/en über die DVP-Schnittstelle des DVSV an den KV-Träger übermitteln, bei dem Ihr:e Patient:in versichert ist, so wird der DVP-Datensatz künftig ein zusätzliches Modul mit einem Feld für einen bzw. mehrere ICD-10-Codes haben. Dazu ist eine Anpassung in Ihrer Ordinationssoftware unumgänglich.

Bei Nutzung des von BMASGPK und ELGA GmbH kostenfrei angebotenen e-Health-Codierservices kann ein Freitext, der ohnehin für die interne Patientenakte dokumentiert werden muss, automatisch in standardisierte Codes überführt werden. Eine einfache Wiederverwendung von Codes bei wiederholten Besuchen aus denselben Gründen sollte durch die Ordinationssoftware unterstützt werden.

Das e-Health-Codierservice (<https://codierservice.ehealth.gv.at>) ist in die Ordinationssoftware integrierbar, kann diese aber nicht ersetzen.

Sind ausschließlich ICD-10-Diagnosen zu übermitteln oder dürfen auch Freitextdiagnosen in der Abrechnungsdatei enthalten sein und haben diese dann überhaupt noch eine Funktion?

Für die nach dem DokuG verpflichtende Datenübermittlung sind ausschließlich ICD-10-Codes zu übermitteln, kein Freitext. Bei mehreren Codes wird der erste Code als Hauptdiagnose interpretiert. Über das Codierservice sollten auch mehrere Codes abgefragt werden können. Freitextdiagnosen können aber natürlich zusätzlich übermittelt werden.

Was ist der Unterschied zwischen 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.

Beispiel:

- 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)

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, z. B. jedes Mal (passender) ICD-10-Code für Diabetes mellitus – damit auch die quantitative Erfassung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wegen chronischen Erkrankungen gesichert ist.

Wie lange hat ein Arzt Zeit, die Diagnosen nach dem Besuch zu melden, gibt es eine Frist?

Für Ärzte/Ärztinnen mit Kassenverträgen gilt: Die Diagnosen sind zu jedem ambulanten Besuch (Kontakt) eines Patienten/einer Patientin einmal pro Tag (mit Datum) zu codieren (mindestens eine Hauptdiagnose, mehrere Zusatzdiagnosen sind möglich) und mit der Monats-/Quartalsmeldung zu übermitteln.

Ärzte/Ärztinnen ohne Kassenverträge haben ebenfalls zu jedem ambulanten Besuch (Kontakt) eines Patienten/einer Patientin einmal pro Tag (mit Datum) Diagnosen (mindestens eine Hauptdiagnose, mehrere Zusatzdiagnosen sind möglich) und Leistungen zu codieren und im Wege der e-Wahlpartnerschnittstelle des DVSV zu übermitteln. Die Frist zur allfälligen nachträglichen Bearbeitung der Kontakte (und dazugehörenden Diagnosen und Leistungen) und zur Datenübermittlung beträgt längstens

für das 1. Quartal bis zum 31. Mai

für das 2. Quartal bis zum 31. August

für das 3. Quartal bis zum 30. November

für das 4. Quartal bis zum 28. Februar des folgenden Jahres.

Muss der ICD-10-Code mit seinem Originaltext übermittelt werden? Kann der Text zum Code für interne Dokumentationszwecke geändert oder ergänzt werden, z.B. durch Informationen zum Schweregrad?

Für die Übermittlung gemäß DokuG ist der ICD-10-Code ausreichend. Der Originaltext des ICD-10-Codes ergibt sich aus dem übermittelten Code und wird nicht zusätzlich übermittelt.

Zur Übermittlung von Schweregraden können bei Bedarf auch die in der ICD-10 abgebildeten 5-Steller verwendet werden. Zu Aufbau und Struktur der Patientendokumentation gibt es seitens des DokuG keine Vorgaben. Es können dort auch detailliertere Informationen wie SNOMED-CT-Begriffe hinterlegt werden. Die Art der Übermittlung von Schweregradinformationen an den Krankenversicherungsträger ist vom DokuG grundsätzlich nicht betroffen.

Wie erfolgt die Leistungsdokumentation bei Wahlärzt:innen?

Wahlärzt:innen müssen für jeden Patient:innenkontakt eine codierte Leistung (eine Positionsnummer) übermitteln. Dabei dürfen ausschließlich die Honorarkataloge der Sozialversicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB) verwendet werden. Welche Honorarkataloge herangezogen werden, können die Leistungserbringer:innen frei wählen. Für die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung ist jedoch eine enge Abstimmung mit dem Softwarehersteller erforderlich, da auch dieser die notwendigen Honorarkataloge erst vor Kurzem für die technische Integration erhalten hat. Übermittlungsart ist auch hier die e-Wahlpartner-Schnittstelle über das e-Card-System.

Welche Daten werden erfasst bzw. übermittelt?

- Patient:innen: SVNR und/oder Geburtsdatum, Geschlecht, Staatsbürgerschaft, Wohnsitzstaat, Wohnsitz-Postleitzahl, Gemeindecode
- Leistungserbringer:innen: Vertragspartnernummer, Standort, Fachgebiet
- Diagnosen: Diagnoseart, Diagnosecode, Diagnosesystem
- Leistungen: Leistungscode, Leistungsanzahl, Versicherungsträger

Genügt es, um die gesetzliche Vorgabe zu erfüllen, eine ggf. gesicherte Hauptdiagnose pro ambulanten Besuch inkl. ICD-10-Code auf der Honorarnote der Sozialversicherung zu übermitteln? Was ist, wenn der Patient eine Einreichung der Honorarnote an die Sozialversicherung ablehnt?

Die Meldung lt. Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DokuG) ist unabhängig von der Meldung, die im Rahmen der Wahlarztkostenerstattung über die Schnittstelle WAHOnline an die Krankenversicherungsträger erfolgt. Jegliche Regelungen für die Meldung im Rahmen der Kostenerstattung über die Schnittstelle WAHOnline sind vom DokuG unberührt.

Die Meldung lt. DokuG zielt auf die Meldung von Kontakten, Diagnosen und Leistungen über den Weg des Dachverbandes mittels des Services e-Wahlpartner an das BMASGPK ab. Die Leistungen müssen vom Leistungserbringenden aus einem Honorarkatalog der Krankenversicherungsträger ausgewählt werden. Es erfolgt auch keine Kostenerstattung über diesen Meldeweg, weil er damit wie oben beschrieben nichts zu tun hat.

Für Ärzte/Ärztinnen ohne Kassenvertrag stehen die Services für e-card Basis-Wahlpartner unter chipkarte.at zur Verfügung. Wenn Sie für Ihre Patientenakten eine Ordinationssoftware nutzen, so sollten darin alle für die Übermittlung von Leistungs-, Diagnosen- und Kontaktdaten benötigten Informationen enthalten sein und Sie könnten von Ihrem Anbieter die Schnittstelle zum Service für e-Wahlpartner Ihrer Wahl in Ihre Arzt-Software integrieren lassen. Wenn Sie das nicht wollen, so steht Ihnen ab 1.1.2026 e-Wahlpartner auf der eCard-Web-Oberfläche zur Verfügung. Voraussetzung zur Nutzung ist eine vorhandene eCard-Ausstattung. Das Handbuch zur Nutzung wird rechtzeitig auf chipkarte.at veröffentlicht. Die Leistungs- und Diagnosecodierung per 01.07.2026 ist für Sie als Wahlärztin/Wahlarzt auch dann verpflichtend, wenn die betroffenen Patient:innen Ihre Honorarnote nicht einreichen möchten, sofern es sich um sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen handelt (z.B. Leistungen, für die es in der Honorarordnung eines KV-Trägers eine Abrechnungsposition gibt).

Soweit für Sie allerdings keine Pflicht zur Nutzung der Schnittstelle gemäß § 49 Abs. 7 Z 1 des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 idGF (e-Card-Infrastruktur) besteht, besteht auch keine Pflicht zur Übermittlung der Daten nach dieser Bestimmung. Das ist gem. einer

Festlegung des BMASGPK der Fall, wenn Sie weniger als 300 unterschiedliche Patient:innen pro Jahr behandeln.

Reicht die Übermittlung des ICD-Codes in der Weboberfläche der Sozialversicherung aus oder muss der Code aus dem SNOMED CT übermittelt werden?

Für die Übermittlung von Diagnosen über die e-card Web-Oberfläche (Service e-Wahlpartner) ist kein SNOMED-CT-Code, sondern ausschließlich der ICD-10-Code zu melden.

Muss man die ICD-10-Codierung auf Arztbriefen und Honorarnoten vermerken?

Das Doku-G sieht keine Verpflichtung zur ICD-10 Codierung auf Arztbriefen und Honorarnoten vor.

Muss man Codierungen auch übermitteln, wenn der Patient die Honorarnote beim Versicherungsträger einreichen möchte?

Ja, die Übermittlung über die e-Wahlpartnerschnittstelle ist für alle Kontakte mit erstattungsfähigen Leistungen verpflichtend. Unabhängig davon, ob die Honorarnote bei der Kasse eingereicht werden soll, oder nicht.

Hat die ICD-Codierung Einfluss auf die Kassenabrechnung?

Die Honorarordnungen sind von der Diagnoseerfassung nicht berührt. Wenn einzelne Leistungen eine Begründung vorsehen (dies ist im Übrigen ein anderes Datenfeld im DVP als die Diagnose) ist diese weiterhin mit der Abrechnung zu liefern. Außerdem können neben der in ICD-10 codierten Diagnose auch weitere Diagnosen im Abrechnungsdatensatz übermittelt werden. Lt. DVP ist die erste am Leistungstag übermittelte Diagnose die Hauptdiagnose.

Wie erfolgt die Übermittlung, wenn Verträge nicht mit allen Sozialversicherungsträgern bestehen?

Bei Vertragsärzt:innen, die nicht mit allen drei Krankenversicherungsträgern – ÖGK, SVS und BVAEB – einen Vertrag haben (also nur mit einem oder zwei), muss für jenen Versicherungsträger, zu dem kein Vertrag besteht, die Übermittlung – wie bei allen anderen Wahlärzt:innen – über die e-Wahlpartner-Schnittstelle erfolgen.

Sind Fachrichtungen von der ambulanten Leistungs- und Diagnosecodierung ausgenommen?

Nein, die ambulante Leistungs- und Diagnosecodierung umfasst alle Fachrichtungen.

Wie ist mit Klient:innen aus dem Bereich der ästhetischen Chirurgie bzw. dem ästhetischen Bereich (keine medizinische Indikation) zu verfahren?

Für Leistungen aus dem Bereich der ästhetischen Chirurgie bzw. dem ästhetischen Bereich ohne medizinische Indikation besteht keine Codier- und Meldepflicht, da diese nicht sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähig sind.

Gilt die Verpflichtung zur Diagnosecodierung auch für die Radiologie?

Auch in radiologischen Praxen besteht grundsätzlich eine Verpflichtung zur Übermittlung von ICD-10 Diagnosen.

Im Folgenden sind die dabei relevanten Punkte zusammengefasst:

Bei ambulanten Kontakten (ggf. auch ohne physischen Kontakt), 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

Z01.8! Sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen

Die Verwendung der nicht aussagekräftigen Z-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.

Wie werden Verlaufskontrollen im Rahmen der Diagnosecodierung übermittelt?

Wenn der Anlass des ambulanten Besuchs immer die gleiche chronische Erkrankung bzw. deren Verlaufskontrolle ist, so ist auch immer die gleiche dazugehörige Diagnose zu übermitteln.

Künstliche Gelenksprothesen müssen routinemäßig auch ohne Beschwerden in regelmäßigen Abständen (alle 5 Jahre) klinisch und radiologisch kontrolliert werden. Was ist dafür die richtige Codierung?

Die korrekte Codierung für die Routineuntersuchung einer Gelenksprothese, die aus orthopädischen Gründen implantiert wurde, ist

Z09.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände und (als Zusatzdiagnose)

Z96.6 Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten Fingergelenkersatz Hüftgelenkersatz (partiell) (total).

Welcher Code ist zu übermitteln, wenn im Rahmen einer angiologischen Untersuchung z.B. der Verdacht auf eine PAVK, Thrombosen und venöse Insuffizienzen ausgeschlossen wurde?

Bei einem ausgeschlossenen Verdacht auf PAVK, Thrombose etc. ist der folgende Code zu verwenden: Z03.5 Beobachtung bei Verdacht auf sonstige kardiovaskuläre Krankheiten.

Welcher Code ist bei Impfungen als Kontaktgrund einzutragen?

Für die Zwecke des DokuG ist es ausreichend, für Impfungen den Code „Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet“ als allgemeinen Grund für den Kontakt zu nennen.

Gesetzlich verpflichtet sind Ärztinnen und Ärzte sowie sonstige impfende Personen, Grippeimpfungen (Influenza), Corona-Schutzimpfungen (COVID-19), HPV-Impfungen (humane Papillomviren) und Impfungen gegen Mpox (früher: Affenpocken) **im e-Impfpass** ihrer Patient:innen zu dokumentieren. Eine verpflichtende Ausweitung auf alle Impfungen ist nicht geplant, alle anderen Eintragungen sind freiwillig.

Welcher Code ist als Kontaktgrund für (mehrmalige) Rezeptbestellungen zu verwenden?

Als Kontaktgrund für mehrmalige Rezeptbestellungen bietet sich „Z76.0! Ausstellung wiederholter Verordnung“ oder jene Diagnose, welche die Ursache für die Medikamentenverschreibung ist, an:

Z76 Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z76.0! Ausstellung wiederholter Verordnung

Wiederverordnung:

Apparat

Arzneimittel

Brille

Exkl.: Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung (Z02.7) Wiederverordnung von Kontrazeptiva (Z30.4)

Welche ICD-10-Codes sind für Hautkrebsvorsorge und Nachsorgeuntersuchungen zu verwenden?

Bei ambulanten Kontakten zur Hautkrebsvorsorge ist Z00.0 zu übermitteln, bei ambulanten Kontakten zur Nachsorge nach Tumorthherapie ist Z08.9 (oder ein spezifischerer Code aus Z08) zu übermitteln.

Zur Info ein Auszug aus dem systemat. Verzeichnis der ICD-10:

Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung

Ärztliche Gesundheitsuntersuchung

Check-up

Periodische Untersuchung (jährlich) (körperlich)

Vorsorgeuntersuchung o.n.A.

Exkl.: Allgemeine Reihenuntersuchung bestimmter Bevölkerungsgruppen (Z10.-)
Vorsorgeuntersuchung eines Säuglings oder Kindes (Z00.1)

Für Nachsorgeuntersuchungen:

Z08 Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Inkl.: Medizinische Überwachung im Anschluss an die Behandlung

Exkl.: Medizinische Nachbetreuung und Rekonvaleszenz (Z42-Z51, Z54.-)

Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung

Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung

Exkl.: Strahlentherapie-Sitzung (Z51.0)

Z08.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung

Exkl.: Chemotherapie-Sitzung (Z51.1)

Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung

Z08.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Z08.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Gibt es Codes für die Kontaktgründe Vorsorgeuntersuchung und Kurantrag?

Für eine Vorsorgeuntersuchung ist der ICD-10-Code Z00.0 Ärztliche Allgemeinuntersuchung zu übermitteln, für einen Kurantrag der Code Z02.7 Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung.

Wie sind Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen zu codieren?

Der ICD-10-Code für die Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen bei Kindern lautet Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes.

Was ist im Zusammenhang mit Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen der richtige ICD-10-Code für „Entwicklungsneurologischer Normbefund“?

Für den Begriff „Entwicklungsneurologischer Normbefund“ ist bei der Datenmeldung der ICD-10-Code Z00.1 zu übermitteln.

Auszug aus dem systematischen Verzeichnis der ICD-10: Z00.1!

Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes Prüfung des Entwicklungsstandes eines Säuglings oder Kindes

Ist bei Wiederholungstherapien wie einer Infusionstherapie jeden Tag die gleiche Diagnose zu codieren?

Bei einer Wiederholungstherapie ist zu jedem Kontakt, der wegen der Infusionstherapie stattfindet, der gleiche Code zu übermitteln. Die Datenübermittlung kann innerhalb der dafür vorgesehenen Fristen auch kumuliert erfolgen und über die Ordinationssoftware mit einer einmaligen Codierung gelöst werden.

Wie soll die Prostatakarzinomvorsorge codiert werden?

Als Grund für den ambulanten Kontakt aufgrund einer Prostatakarzinomvorsorge ist die Vorsorgeuntersuchung unter dem ICD-10 Code Z00.0 zu übermitteln.

Soll bei einer Tumornachsorge die spezifische Tumordiagnose codiert werden?

Bei Kontakten, zur Tumornachsorge, die ja nach abgeschlossener Behandlung erfolgt, ist der passende ICD-10 Code aus Z08.0-Z08.9 zu übermitteln:

- Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung
- Z08.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z08.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung
- Z08.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen bösartiger Neubildung
- Z08.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung

Wie soll bei Nachsorge nach Eingriffen bei benignen Erkrankungen codiert werden?

Bei Kontakten, die zur Nachsorge nach Eingriffen bei benignen Erkrankungen erfolgen, ist der passende ICD-10 Code aus Z09.0-Z09.9 zu übermitteln:

- Z09.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen anderer Krankheitszustände
- Z09.1 Nachuntersuchung nach Strahlentherapie wegen anderer Krankheitszustände
- Z09.2 Nachuntersuchung nach Chemotherapie wegen anderer Krankheitszustände
- Z09.3 Nachuntersuchung nach Psychotherapie
- Z09.4 Nachuntersuchung nach Frakturbehandlung
- Z09.7 Nachuntersuchung nach Kombinationsbehandlung wegen anderer Krankheitszustände
- Z09.8 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände

- Z09.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen anderer Krankheitszustände

Wenn mehrere Gründe für eine Untersuchung vorliegen (Diabetes, Hypertonie, Knoten, Niereninsuffizienz) – welche ist dann die Hauptdiagnose?

Die am schwerwiegendsten eingestufte Diagnose ist als Hauptdiagnose zu übermitteln. Manchmal ist eine eindeutige Auswahl nicht möglich. Da nur eine der Diagnosen als Hauptdiagnose übermittelt werden kann, sind die weiteren als Zusatzdiagnose zu übermitteln.

Wie codiert man lateinische Diagnosen (z. B. Dist. grav., art. talocrur., sin., non. rec.)?

Abkürzungen sind bei der Diagnosecodierung zu vermeiden. Sie können aber zur Suche von Diagnosebegriffen verwendet werden, denen dann ein ICD-10 Code zugeordnet werden kann.

Wie sind Verbandswechsel zu codieren?

Der passende ICD-10 Code für einen Verbandswechsel als Grund für den ambulanten Kontakt ist Z48.0 Kontrolle von Verbänden und Nähten.

Was ist zu codieren, wenn eine Leistung bei Verdacht durchgeführt wird, sich die Diagnose aber nicht bestätigt?

Wenn durch die Untersuchung der Verdacht ausgeschlossen wurde, ist der passende ICD-10 Code aus Z03.0-Z03.8 zu übermitteln:

- Z03.0 Beobachtung bei Verdacht auf Tuberkulose
- Z03.1 Beobachtung bei Verdacht auf bösartige Neubildung
- Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen
- Z03.3 Beobachtung bei Verdacht auf neurologische Krankheit
- Z03.4 Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt
- Z03.5 Beobachtung bei Verdacht auf sonstige kardiovaskuläre Krankheiten
- Z03.6 Beobachtung bei Verdacht auf toxische Wirkung von aufgenommenen Substanzen
- Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen

Wenn ein Patient nur seine Dauermedikamente zu verschiedenen Diagnosen (Diabetes, Hypertonus, COPD) beziehen will – müssen alle Diagnosen codiert werden? Welche ist Haupt-/Nebendiagnose?

Wenn ein Patient nur seine Dauermedikamente beziehen will, genügt es den ICD-10 Code Z76.0 zu übermitteln. Alternativ können auch die zu den Medikamenten passenden Dauerdiagnosen übermittelt werden.

Warum können Leistungen aus dem wahlärztlichen Bereich nicht vom Dachverband auf eine HONO-ID umgeschlüsselt werden?

Die Leistungspositionsnummern der Träger wurden mehrfach mit der gleichen Nummer und unterschiedlichen Leistungsinhalten oder unterschiedlichen Tarifen angelegt. Aus diesem Grund ist es dem DVSV nicht möglich, die Leistungsposition nur aufgrund der Nummer eindeutig zu identifizieren. Die Zuordnung dieser Leistungspositionen auf die HONO-IDs erfolgt durch die KV-Träger, nicht durch den Dachverband.

ICD-10-Codierbeispiele für Kinderärztinnen und -ärzte

Allgemeine Hinweise zur Auswahl der Hauptdiagnose, die bei der Beantwortung der nachfolgenden Fragen hilfreich sind:

- Als Hauptdiagnose ist die Diagnose auszuwählen, die den medizinischen Grund für den ambulanten Besuch am besten beschreibt.
- Für die Auswahl der Hauptdiagnose ist der Kenntnisstand am Ende des ambulanten Besuchs relevant.
- Bei der Auswahl der Hauptdiagnose gilt die folgende Rangfolge: Diagnose/Krankheitsbegriff > Symptom/auffälliger Befund > Andere Anlässe (Z-Codes wie z.B. Vorsorgeuntersuchung).

1. Kind kommt angemeldet zur Eltern-Kind-Pass-Untersuchung:

Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes.

Bei dem Kontakt berichtet die Mutter, dass das Kind seit 3 Tagen Fieber hat und hustet, nach Untersuchung:

J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege.

Dann berichtet die Mutter, dass seit 4 Wochen dauernd Bauchschmerzen bestehen:

R10.4 Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen.

Auf Nachfrage besteht auch „seit Wochen“ eine Verstopfung:

K59.0 Obstipation.

Was soll davon als Kontaktgrund/Hauptdiagnose gewählt werden?

J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege = Hauptdiagnose

K59.0 Obstipation kann, muss aber nicht als Zusatzdiagnose mitgegeben werden.

R10.4 Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen kann, muss aber nicht als Zusatzdiagnose mitgegeben werden.

Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes kann, muss aber nicht als Zusatzdiagnose mitgegeben werden.

Anmerkung: Die akute Infektion der oberen Atemwege ist die beim Kontakt festgestellte schwerwiegendste Gesundheitsstörung (Diagnose). Codes, die verwendet werden sollen, um einen Grund für den Kontakt angeben zu können, wenn keine Gesundheitsstörung vorliegt (z.B. Gesundheitsvorsorgeuntersuchung), sind somit in dem Fall nicht notwendig.

2. Was wäre bei demselben Patienten zu wählen, wenn die Mutter den Termin primär wegen Fieber vereinbart hätte, die weiteren Fragestellungen aufgetreten wären und - weil es zeitlich passend gewesen wäre - auch die Eltern-Kind-Pass-Untersuchung bei demselben Kontakt gleich zusätzlich durchgeführt worden wäre (im Sinne eines One-Stop -Shop)?

Die beim Kontakt festgestellte schwerwiegendste Gesundheitsstörung ist die Hauptdiagnose, die Angabe der Eltern-Kind-Pass-Untersuchung ist daher nicht notwendig.

3. Welche Diagnose hat Priorität bei grippalem Infekt mit Fieber? J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege (Diagnose) R50.9 Fieber n.n.b. Diagnose J06.9 vor Symptom Fieber R50.9?

J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege = Hauptdiagnose (Diagnose/Krankheitsbegriff > Symptom/auffälliger Befund); das Fieber kann, muss aber nicht als Zusatzdiagnose mitgegeben werden.

4. Was ist zu codieren, wenn 2 Diagnosen bestehen, z.B. J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege J02.0 Streptokokkenpharyngitis

J02.0 Streptokokkenpharyngitis = Hauptdiagnose

Die spezifischere Diagnose bzw. die schwerwiegendere Erkrankung sollte die Hauptdiagnose sein, weitere Diagnosen können als Zusatzdiagnose mitgegeben werden.

5. Eltern kommen wegen eines Rezepts (Z76.0 Ausstellung wiederholter Verordnung), aber das Kind hat auch Fieber und bei Untersuchung eine Influenza A (J10.1).

Wie oben: J10.1 Influenza A ist die Hauptdiagnose, ein weiterer unspezifischer Grund wie Z76.0 ist nicht mehr notwendig.

**6. Welche Diagnose ist für eine Gedeihkontrolle zu wählen (Kontrolle von Größe + Gewicht + klinische Untersuchung), ohne dass das Kind krank ist?
Ausschluss Probleme mit Gewichtsentwicklung Untergewicht, Übergewicht, Adipositas...
Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung?
Z00.8 Sonstige Allgemeinuntersuchungen?
Z01.9 Spezielle Untersuchung n.n.b.?**

Da keine Gesundheitsstörungen vorliegen, ist „Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes“ die passende Hauptdiagnose.

7. Wie codiere ich Ernährungsberatung beim Säugling (welche Milch in welchem Alter, Einführung Beikost oder ähnliches)?

„Z71.9 Beratung, nicht näher bezeichnet“ ist hier die passende Hauptdiagnose.

8. Wie codiere ich: Kommt zur Grippeimpfung (Z29.9 sonstige prophylaktische Maßnahme n.n.b.), zeitgleich Gedeihkontrolle Z00.1 (s. Punkt 6), dabei Feststellung ausgeprägter Adipositas (E66.95 extreme Adipositas bei Kindern 3–18 Jahre) und ausführliche Beratung zu Ernährung und Lebensstil?

Der als Hauptdiagnose zu übermittelnde Code ist „E66.9 Adipositas, nicht näher bezeichnet“. Es wurde beim Kontakt eine Gesundheitsstörung (Adipositas) festgestellt, die die Hauptdiagnose ist. Die Übermittlung von ICD-10 Codes für die Impfung (Z29.9) und die Gedeihkontrolle (Z00.1) ist bei Vorliegen einer Gesundheitsstörung nicht notwendig.

9. Wie codiere ich extreme Adipositas unter 3 Jahren?

„E66.9 Adipositas, nicht näher bezeichnet“, siehe vorhergehende Frage.

10. Wie codiere ich eine Entwicklungskontrolle bei Zustand nach extremer Frühgeburtlichkeit P07.2?

- a) in den ersten Lebensmonaten: Kind klinisch unauffällig
- b) im Alter von 2 Jahren, Kind klinisch unauffällig
- c) Kind auffällig: Diagnose je nach Entwicklungsauffälligkeit ist klar

Ohne Auffälligkeit ist die Entwicklungskontrolle zu codieren, die Frühgeburtlichkeit ist nicht mehr anzugeben:

- a) Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes
- b) Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes
- c) jeweilige Gesundheitsstörung, die festgestellt wurde

11. Wie codiere ich bei Durchführung der Hüftsonografie des Säuglings, wenn sich ein unauffälliger Befund ergibt:

- a) im Rahmen der Eltern-Kind-Pass-Untersuchung: Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung beim Kind?
- b) Wenn die Hüftsonografie bei der Eltern -Kind-Pass-Untersuchung auffällig war (Hüftdysplasie) und es wird eine Kontrolle 4 Wochen später durchgeführt (dann nicht mehr Eltern -Kind-Pass), aber bei Kontrolle ist der Befund unauffällig geworden?

- a) „Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes“
- b) „Q65.8 Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte“ für die Hüftdysplasie und nach 4 Wochen „Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen“ bei der Kontrolle mit unauffälligem Befund

Codierung bei Beschwerden – Beispiele

Grund für Konsultation	Diagnose	Codierung
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
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]
Ein:e Patient:in kommt zur Kontrolle/wegen	Herzinsuffizienz	I50.0 Rechtsherzinsuffizienz

Beschwerden im Kontext seiner:ihrer chronischen Herzinsuffizienz.		
Ein:e Patient:in kommt nach einem Schlaganfall einer Lungenembolie/der Implantation einer Herzklappe zur Überwachung der Antikoagulanzen in die Ordination.	Antikoagulanzen	Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese
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
Ein:e Patient:in kommt zur Vorsorgeuntersuchung zum:zur Allgemeinmediziner:in.	Vorsorgeuntersuchung	Z00.0! Ärztliche Allgemeinuntersuchung
Ein:e Patient:in kommt zur Grippeimpfung zum:zur Allgemeinmediziner:in.	Impfung	Z29.9 Prophylaktische Maßnahme, nicht näher bezeichnet
Eine Patientin kommt mit Verdacht auf eine Schwangerschaft, diese bestätigt sich.	Schwangerschaft	Z32.1! Schwangerschaft, bestätigt