

Korinna Schumann
Bundesministerin

Herrn
Dr. Walter Rosenkranz
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2026-0.075.342

Wien, 26.3.2026

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 4690/J der Abgeordneten Ralph Schallmeiner, Freundinnen und Freunde, betreffend Verschiebung der verpflichtenden Diagnose- und Leistungscodierung (ICD-10)** nach Befassung der Österreichische Ärztekammer und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger wie folgt:

Fragen 1 bis 5:

- *Auf welcher konkreten sachlichen, empirischen oder wissenschaftlichen Grundlage beruht die Festlegung der Grenze von 300 Patient:innen pro Jahr?*
- *Welche Studien, Gutachten, Datenanalysen oder Expert:inneneinschätzungen wurden hierfür herangezogen?*
- *Gibt es aus Sicht des Ministeriums eine medizinische, organisatorische oder gesundheitspolitische Begründung für exakt diese Patient:innenzahl?*
- *Wurden alternative Schwellenwerte geprüft?*
 - a. *Wenn ja, aus welchen Gründen wurden sie verworfen?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*
- *Wurde ein internationaler Vergleich vorgenommen?*
 - a. *Wenn ja, mit welchen Ergebnissen?*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*

Nach § 51 Abs. 1a des Ärztegesetzes (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, sind Ärzt:innen seit 1. Jänner 2024 verpflichtet, für die Diagnosendokumentation die von der/vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister:in gemäß § 6g Z 1 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen (DokuG), BGBl. Nr. 745/1996, verordnete Klassifikation anzuwenden.

Ebenso sieht § 49 Abs. 7 ÄrzteG 1998 vor, dass freiberuflich tätige Ärzt:innen und solche, die bei diesen angestellt sind, zur vereinfachten Abrechnung ärztlicher Leistungen sowie zu den Zwecken des DokuG und des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 (GTelG 2012), BGBl. I Nr. 111/2012, entsprechend den technischen mit verhältnismäßigem Aufwand verbundenen Voraussetzungen die e-card und die e-card-Infrastruktur, die Elektronische Gesundheitsakte „ELGA“ (§§ 13 ff GTelG 2012) sowie den elmpfpass (§§ 24b ff GTelG 2012) spätestens mit 1. Jänner 2026 zu verwenden haben.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat die Verhältnismäßigkeit gemäß § 49 Abs. 7 ÄrzteG 1998 unter Berücksichtigung der Ausführungen in den Erläuterungen ausgelegt. Aus historischen und systematischen Überlegungen wurde daher die Grenze für das Vorliegen der Verhältnismäßigkeit – mit 1. Jänner 2026 – bei 300 verschiedenen Patient:innen pro Jahr angenommen.

Ungeachtet dessen ist darauf hinzuweisen, dass dieser Auslegung eine generalisierende Durchschnittsbetrachtung zugrunde liegt und die Frage, ob die Verwendung insbesondere der e-card und der e-card-Infrastruktur mit einem verhältnismäßigen Aufwand verbunden sind, dennoch anhand der Umstände im konkreten Einzelfall zu beurteilen ist.

Fragen 6 und 7:

- *Wie viele Wahlärzt:innen im niedergelassenen Bereich behandelten im Jahr 2024 weniger als 300 unterschiedliche Patientinnen?*
- *Wie viele Wahlärzt:innen entfielen 2024 auf folgende Kategorien:*
 - a. 300-400 Patient:innen*
 - b. 400-500 Patient:innen*
 - c. 500-600 Patient:innen*
 - d. mehr als 600 Patient:innen?*

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) verfügt über Daten zu ausbezahlten Kostenerstattungen im Zusammenhang mit Inanspruchnahmen von Wahlärztinnen und Wahlärzten.

Die Auswertungen basieren auf den im Jahr 2024 tatsächlich ausbezahlten Kostenerstattungen. Aufgrund der gesetzlichen Frist für die Einreichung von Honorarnoten von dreieinhalb Jahren kann es zu Unschärfen kommen (z.B. Vorlage im Jahr 2026 für eine Behandlung aus dem Jahr 2024). Eine Auswertung, wie viele Patient:innen tatsächlich von Wahlärzt:innen behandelt wurden, ist auf Basis dieser Daten nicht möglich.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass den Krankenversicherungsträgern nur die Anzahl an Wahlärzt:innen vorliegt, deren Honorarnoten von Versicherten zur Kostenerstattung beim jeweiligen Krankenversicherungsträger eingereicht wurden. Ebenso umfasst die Anzahl der Patient:innen nur jene Versicherten, die entsprechende Kostenerstattungsanträge gestellt haben.

Frage 8:

- *Liegen entsprechende Zahlen für 2025 bereits vor bzw. wann werden diese verfügbar sein?*

Grundsätzlich liegen bei der ÖGK auch für das Jahr 2025 Daten zu ausbezahlten Kostenerstattungen vor. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass eine Auswertung nur eingeschränkt aussagekräftig ist, da möglicherweise ein größerer Teil der Honorarnoten noch nicht bei der ÖGK eingereicht und daher noch nicht abgerechnet wurde.

Frage 9:

- *In welchen Fachrichtungen ist der Anteil von Wahlärzt:innen mit weniger als 300 Patient:innen besonders hoch? Bitte um Aufschlüsselung der wichtigsten 5 Fachrichtungen.*

Im Jahr 2024 weisen nach den Daten der ÖGK die folgenden fünf Fachrichtungen den höchsten Anteil an Wahlärzt:innen auf, bei denen eine Kostenerstattung für weniger als 300 Patient:innen ausbezahlt wurde:

1. Plastische Chirurgie
2. Kinder- und Jugendpsychiatrie
3. Anästhesiologie und Intensivmedizin
4. Pathologie und Histologie
5. Psychiatrie

Frage 10:

- *Welcher Anteil der Bevölkerung wird überwiegend oder ausschließlich von diesen Ärzt:innen versorgt?*

Auf Basis der vorliegenden Daten kann diese Frage nicht beantwortet werden. Einzelne Versicherte können im selben Kalenderjahr mehrere Wahlärzt:innen aufsuchen. Diese versorgen wiederum unterschiedlich viele Personen.

Fragen 11 bis 15:

- *Welche konkreten Gründe waren ausschlaggebend für die Verschiebung der verpflichtenden Diagnosecodierung um ein halbes Jahr?*
- *Welche Akteur:innen haben diese Verschiebung eingefordert?*
- *Welche Rolle spielte dabei die Ärztekammer, und welche Argumente wurden von ihr vorgebracht?*
- *Welche Rolle spielten Krankenkassen, Länder oder andere Stakeholder?*
- *Wie erklärt das Ministerium die Verschiebung vor dem Hintergrund, dass Softwarehersteller ihre Einsatzbereitschaft ausdrücklich bestätigt haben?*

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wurde von der Österreichischen Ärztekammer und der Wirtschaftskammer Österreich darauf hingewiesen, dass für die technische und organisatorische Implementierung eine Pilotphase zur Erfassung und Meldung der Diagnose-daten für den extramuralen ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzt:innen, Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten sowie selbständige Ambulatorien) insbesondere in Hinblick auf eine möglichst hohe Datenqualität und Datenvollständigkeit zweckmäßig ist. Auch von der Bundesarbeitskammer wurde vorgebracht, dass jedenfalls zu vermeiden ist, dass vor allem im niedergelassenen Bereich die Diagnosencodierung verpflichtend wird, ohne dass dies ausreichend vorbereitet ist.

Frage 16:

- *Welche Mehrkosten entstehen durch die Verschiebung für Bund, Sozialversicherung und private Unternehmen?*

Anlässlich der vorliegenden Anfrage wurde auch eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger eingeholt, die der folgenden Beantwortung zugrunde liegt:

Die Mehrkosten für den Dachverband, konkret deren Tochtergesellschaft SVC (Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H), betragen EUR 5.193,50. Darüber hinaus hatte der Dachverband geringfügige Kommunikationsaufwände, welche nicht separat ausgewiesen werden können.-Es handelt sich dabei um die tatsächlich erfassten Mehrkosten. Über etwaige entstandene Opportunitätskosten kann keine Aussage getroffen werden.

Für die ÖGK entstehen durch die Verschiebung bzw. Einführung eines halbjährigen Pilotzeitraums für die Diagnose- und Leistungscodierung keine unmittelbaren Mehrkosten. Der SVS und der BVAEB liegen keine auswertbaren Daten oder Kostenbewertungen vor.

Fragen 17 bis 19:

- *Welche Gespräche mit der Ärztekammer fanden im Vorfeld der Entscheidung statt?*
- *Wurden schriftliche Stellungnahmen der Ärztekammer eingeholt oder übermittelt?*
- *Inwiefern wurden diese Positionen in die gesetzliche Ausgestaltung übernommen?*

Im Vorfeld der Entscheidung gab es einen ständigen Austausch mit verschiedenen Ärztkammervertreter:innen. Zur schriftlichen Stellungnahme, siehe die Äußerung im Rahmen des Begutachtungsverfahrens und meine Beantwortung zu den Fragen 11 bis 15.

Fragen 20 bis 24:

- *Wie beurteilt das Ministerium die Auswirkungen der Ausnahmeregelung auf die Vollständigkeit und Aussagekraft der Gesundheitsdaten?*
- *Welche Qualitätseinbußen sind insbesondere bei seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Behandlungen zu erwarten?*
- *Wie sollen diese Datenlücken in der Versorgungsplanung kompensiert werden?*
- *Besteht aus Sicht des Ministeriums die Gefahr systematischer Verzerrungen der epidemiologischen Daten?*
- *Können unter diesen Voraussetzungen belastbare gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden?*

Es wird davon ausgegangen, dass die Ausnahmeregelung nur eine geringe Anzahl an Wahlärzt:innen betrifft, so dass auf Grundlage der gemeldeten Daten belastbare gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen werden können und weder mit systematischen Verzerrungen der epidemiologischen Daten, noch mit Qualitätseinbußen zu rechnen ist.

Die Diagnosedokumentation für seltene Erkrankungen mittels OrphaCodes ist ab 01.01.2026 nur für sogenannte Expertisezentren – üblicherweise Zentren an Universitätskliniken, die ein auch mit EU-Prozessen abgestimmtes Designationsverfahren durchlaufen haben, verpflichtend. Das hat den Grund, dass die Diagnosestellung bei solchen Erkrankungen komplex ist und besondere Expertise benötigt. Durch die Einschränkung der verpflichtenden Diagnose auf designierte Zentren soll die Zuverlässigkeit der Diagnostik in diesem Bereich sichergestellt werden. Für die Behandlungsqualität im niedergelassenen Bereich ist daher kurzfristig keine Verschlechterung zu erwarten. Mittelfristig wird erwartet, dass durch Übernahme der Diagnostik auch im niedergelassenen Bereich durch eine verbesserte Datenlage zur Länge der Patient:innenwege, Weiterbetreuung in der Primärversorgung nach Diagnosestellung, Lebensqualität etc., Verbesserungen der Abläufe und der Outcomes hinsichtlich Gesundheit und Lebensqualität möglich werden.

Da im Bereich der „Seltene Erkrankungen“ viele Behandlungen in den oben genannten Expertisezentren erfolgen, ist die Behandlung durch Wahlärzt:innen in diesem Bereich vergleichsweise nachrangig. Sehr wohl relevant sind allerdings Behandlungen durch andere Gesundheitsdiensteanbieter:innen (GDA) im Bereich nicht-ärztlicher supportiver Therapien wie z.B. Physiotherapie, Ernährungsberatung usw. Hier ist von hohen selbstfinanzierten Anteilen Betroffener auszugehen.

Frage 25:

- *Worin liegt die sachliche Rechtfertigung für die unterschiedliche Behandlung von Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich?*

Die Unterscheidung trägt dem Umstand Rechnung, dass für die Beurteilung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Erwerbsausübungsfreiheit nach Art. 6 StGG im Zusammenhang mit der Teilnahme am e-Card/ELGA-System gemäß § 49 Abs. 7 ÄrzteG 1998 der damit verbunden Mehraufwand, insbesondere der Kostenaufwand, gegenüber den Einnahmen und dem zeitlichen Umfang der Wahlärzt:innentätigkeit abzuwägen ist.

Frage 26:

- *Wurde der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramtes mit dieser Frage befasst?
a. Falls ja: Zu welchem Ergebnis kam diese Prüfung insbesondere im Hinblick auf mögliche Ungleichbehandlungen?
b. Falls nein: Warum wurde auf eine entsprechende Vorabprüfung verzichtet?*

Diese Regelung war Teil des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2024 (VUG 2024), BGBl. I Nr. 191/2023. Eine Befassung mit dem Verfassungsdienstes des Bundeskanzleramtes ist nicht erfolgt.

Fragen 27 und 28:

- *Ist die Ausnahmeregelung aus Sicht des Ministeriums als temporär gedacht?*
- *Gibt es einen Evaluierungszeitpunkt oder -mechanismus?*

Für den 1. Jänner 2028 ist eine Evaluierung zum Nutzungsgrad der e-card-Infrastruktur, der Elektronischen Gesundheitsakte „ELGA“ und des e-Impfpasses durch Wahlärztinnen/Wahlärzte vorgesehen.

Frage 29:

- *Wann plant das Ministerium, diese Regelung wieder aufzuheben und dem Nationalrat einen entsprechenden Novellierungsentwurf zuzuleiten?*

§ 49 Abs. 7 ÄrzteG 1998 dient der Qualitätssicherung im österreichischen Gesundheitswesen, insbesondere im Zusammenhang mit der Weiterbehandlung von Patient:innen, wodurch ein Entfall dieser Bestimmung derzeit nicht angedacht ist.

Fragen 30 und 31:

- *Welche konkreten Erkenntnisgewinne erwartet sich das Ministerium durch die Diagnosecodierung im ambulanten Bereich?*
- *Welche gesundheitspolitischen Entscheidungen sollen künftig auf Basis dieser Daten getroffen werden?*

Mit dem Schluss dieser seit 1989 bestehenden Lücke in der standardisierten codierten Diagnostikdokumentation ist erstmals eine Vergleichbarkeit mit dem intramuralen Bereich und eine gesamthafte Gesundheitssteuerung möglich.

Frage 32:

- *Wie wird die Datenqualität sichergestellt?*

Die Daten der Spitäler werden vom LKF-Bepunktungsprogramm geprüft. Dabei wird unter anderem auf eine Plausibilität zwischen Diagnose und Alter, Diagnose und Geschlecht sowie Diagnose und erbrachte Leistung geachtet. Zusätzlich erfolgen Prüfungen der Landesgesundheitsfonds/des PRIKRAF, die auch Stichproben beinhalten.

Im niedergelassenen Bereich ist zunächst eine Prüfung der Vollständigkeit der ab 2026 übermittelten Diagnosedaten als vorrangige Qualitätssicherung vorgesehen. Weiters wird die Spezifität und Verteilung der Diagnosen auf ihre Plausibilität hin überprüft werden.

Frage 33:

- *Wie wird die Diagnosecodierung im ambulanten Bereich in anderen europäischen Ländern umgesetzt? Bitte um eine umfassende Darstellung der EU-Mitgliedsstaaten, der Schweiz und Norwegen.*

Alle EU-Mitgliedstaaten sind völkerrechtlich verpflichtet, Mortalitäts- und Morbiditätsdaten nach ICD-Standard an die Weltgesundheitsorganisation zu melden. Eine flächendeckende und verpflichtende ICD-10-Codierung ist im gesamten EU-Raum sowie in der Schweiz und Norwegen im intramuralen (stationären und ambulanten) Bereich weitgehend etabliert. Eine verpflichtende ICD-Codierung im extramuralen ambulanten Bereich ist dagegen uneinheitlicher geregelt und es bestehen unterschiedliche nationale Vorgaben und Anwendungen. In einigen Ländern wie den Niederlanden, Dänemark, Estland oder Tschechien sind diese Daten verpflichtend an staatliche Gesundheitsinformationssysteme zu übermitteln. In Ländern wie Deutschland, Frankreich oder Griechenland sind an die Diagnosenübermittlung auch Finanzierungsagenden geknüpft. Durch den European Health Data Space (EHDS) wird die Codierung und Bereitstellung von Diagnosedaten zukünftig für alle EU-Länder harmonisiert und gesetzlich strenger gefasst werden.

Frage 34:

- *Gibt es dort vergleichbare Ausnahmeregelungen?*
 - a. *Falls ja: Auf welcher sachlichen Grundlage beruhen diese?*

Die Regelungen insbesondere im ambulanten Bereich sind zwischen den EU-Ländern derzeit sehr heterogen (siehe dazu meine Beantwortung zu Frage 33). Ein Wahlärzt:innenarztbereich – als teilweise sozialversicherungsrechtlich finanzierter Bereich zwischen dem Kassen- und Privatärzt:innenbereich – ist ein österreichisches Spezifikum und daher nicht vergleichbar.

Frage 35:

- *Welche internationalen Best-Practice-Modelle wurden für Österreich geprüft?*

Vertiefend analysiert wurden insbesondere das Modell und die Erfahrungen mit der ICD-10-Codierung im extramuralen Bereich in Deutschland. Hierzu gab es u.a. auch einen Austausch mit dem „Zentralinstitut kassenärztliche Versorgung“ in Deutschland.

Hinsichtlich der Entwicklung des e-Health Codierservices, das seitens des Bundes und der ELGA GmbH als maßgebliche Unterstützung für die Ärzt:innenschaft zur Verfügung gestellt wird, kann gesagt werden, dass es sich an internationalen Standards orientiert. Dadurch wird die Implementierung und zukünftige Nutzung für e-Health-Anwendungen auch im Rahmen des EHDS erleichtert.

Frage 36:

- *Welche Lehren zieht das Ministerium aus den Erfahrungen anderer Länder?*

Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass eine standardisierte, codierte Diagnostikdokumentation im extramuralen ambulanten Bereich eine Vergleichbarkeit mit dem intramuralen Bereich und eine gesamthafte Gesundheitssteuerung ermöglicht (u.a. durch eine Übersicht über die Morbidität in der Bevölkerung). Das Fehlen dieser systematisch erhobenen Diagnosedaten repräsentierte in Österreich bisher eine Lücke, die nun geschlossen wird, wodurch Österreich zukünftig nicht mehr unter den wenigen Ländern der EU ist, in denen diese Informationen nicht verfügbar sind.

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

