

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Im Zuge der im Jahre 2023 mit den Ländern und der Sozialversicherung vereinbarten umfassenden Gesundheitsreform wurde eine verpflichtende bundesweit einheitliche Diagnosencodierung als unabdingbare Voraussetzung für die Steuerung, Planung und Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen eingeführt.

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 Patientinnen/Patienten und die Basis für die Kommunikation mit anderen Ärztinnen/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 Diagnosendokumentation 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 (zB Risikogruppen)
- Optimierung der Patientenströme (zum Best Point of Service)
- Gesundheitsberichterstattung
- Versorgungsforschung und Epidemiologie
- Qualitätssicherung und -verbesserung (zB integrierte Versorgungskonzepte)
- Standardisierter Informationsaustausch

Im Zuge der Arbeiten zur Implementierung der bundesweit einheitlichen Diagnosencodierung ergaben sich einige Fragen, insbesondere hinsichtlich der technischen Umsetzung und Unklarheiten der rechtlichen Grundlagen.

Mit der vorliegenden Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen sollen neben redaktionellen Anpassungen insbesondere Klarstellungen und Vereinfachungen zum Inhalt der Dokumentation und zu den Meldeprozessen im Bereich der Dokumentation im ambulanten Bereich erfolgen, wie etwa:

1. Die Datenmeldungen soll sowohl für extramurale ambulante Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit Vertrag als auch solche ohne Vertrag im Wege bestehender Schnittstellen und Satzarten bzw. bekannter Prozesse erfolgen,
2. statt einer kumulativen Meldung mehrerer Quartale ist im extramuralen ambulanten Bereich jeweils nur ein Quartal zu melden,
3. Befreiung von der Meldung, wenn die Unzumutbarkeit auf Grund des Ärztegesetzes 1998 vorliegt.

Durch diese Anpassungen wird der Aufwand für die Dokumentation und Meldung der Daten deutlich reduziert und vereinfacht.

Da sich in der Umsetzung Verzögerungen ergeben haben, wird der Zeitpunkt der Verpflichtung zur Dokumentation und Meldung der Daten sowohl für Vertragspartnerinnen/Vertragspartner der Sozialversicherung als auch für Nichtvertragspartnerinnen/Nichtvertragspartner einheitlich mit 1. Jänner 2026 festgelegt.

Kompetenzgrundlage:

Die Zuständigkeit zur Erlassung dieses Bundesgesetzes stützt sich auf die Kompetenztatbestände „Gesundheitswesen“ (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) und „sonstige Statistik, soweit sie nicht nur den Interessen eines einzelnen Landes dient“ (Art. 10 Abs. 1 Z 13 B-VG).

Besonderer Teil

Zu Z 2 (§ 1a Abs. 1 und 2, § 2 Abs. 1, § 3 Abs. 1, § 4 Abs. 1 und 2, § 5a Abs. 1 Z 1, § 6c Abs. 1 Z 3 lit. b und c, § 7 Abs. 2 bis 4, § 8 Abs. 1 und 2 sowie § 13):

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Anpassungen, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen.

Zu 3 (§ 1a Abs. 1):

Es wird festgelegt, dass die Dokumentation der Diagnosen auch im stationären Bereich nicht originär nach einer von der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister herausgegebenen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) zu erfolgen hat.

Außerdem wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen.

Zu Z 4 (§ 1a Abs. 3):

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung zur Korrektur der Rechtschreibung.

Zu Z 5 (§ 3 Abs. 2):

Schon bisher wurden von den Landesgesundheitsgesundheitsfonds die Diagnosen- und Leistungsberichte mit den vorläufigen Daten des vorangegangenen Kalenderjahres bis 31. März übermittelt. Diese Praxis wird nun gesetzlich verankert, da diese Daten beispielsweise für die jährliche Wartung des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) zeitgerecht vorliegen müssen.

Zu Z 7 und Z 22 (§ 5 Abs. 3a und § 6e Abs. 2a):

Im Hinblick auf die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheit Österreich GmbH soll diese, sofern für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich, die entsprechenden Daten erhalten. Ergänzend zum bPK GH wird auch das verschlüsselte bPK AS mitübermittelt, um einen Abgleich mit der Todesursachenstatistik im Rahmen der Zwecke in § 1 sowie der gesetzlichen Aufgaben der Gesundheit Österreich GmbH zu ermöglichen.

Zu Z 8 (§ 5a Abs. 1 erster Satz und § 6c Abs. 1 Z 2):

Hierbei handelt es sich um eine Anpassung des Verweises auf das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz.

Zu Z 9 (§ 5a Abs. 1 Z 3):

Schon bisher wurden vom Dachverband die Daten quartalsweise in additiver und nicht in kumulativer Form übermittelt. Diese Praxis wird nun gesetzlich verankert.

Außerdem wird eine redaktionelle Anpassung zur Korrektur der Rechtschreibung in lit. f vorgenommen.

Zu Z 11 (§ 5a Abs. 2 bis 4 und Abs. 7 Z 3, § 5c Abs. 1, § 6c Abs. 5 und Abs. 8 Z 3 sowie § 8a):

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Anpassungen, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen.

Zu Z 12 (§ 5b):

Schon bisher wurden von den Trägern der Sozialversicherung die Daten quartalsweise in additiver und nicht in kumulativer Form übermittelt. Diese Praxis wird nun gesetzlich verankert.

Zu Z 13 (§ 6 Abs. 1):

Schon bisher war über die Gesundheitsdokumentationsverordnung geregelt, dass die angeführten Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich erst ab dem 1. Jänner 2026 Daten zu den Diagnosen zu übermitteln haben. Dieses Datum wird nun auch im Gesetz auf den 1. Jänner 2026 angepasst.

Zu Z 14 (§ 6 Abs. 3 und 4):

In Abs. 3 handelt es sich um Präzisierungen, um sowohl alle Personen und Institutionen als auch alle Daten vollständig zu nennen, die von der Dokumentation im ambulanten Bereich betroffen sind.

Im Hinblick auf die Ergänzung der Sozialversicherungsnummer ist anzumerken, dass diese bereits bisher in § 6a Abs. 3 vorgesehen ist. Der Verarbeitung erfolgt zu einem Zweck gemäß Abs. 1 und liegt somit in der Ingerenz der Sozialversicherung als Selbstverwaltungskörper, der für die Versorgung des niedergelassenen Bereichs (Planung, Steuerung, Qualitätssicherung etc.) zuständig ist.

In Abs. 4 wird der Verweis richtiggestellt.

Zu Z 15 (§ 6a Abs. 1):

Neben den Trägern von Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds abgerechnet werden, waren bisher nur die Unfallversicherungsträger für ihre Akutkrankenanstalten von der Dokumentation im intramuralen ambulanten Bereich umfasst. Dies wird nun auf die Akutkrankenanstalten der Krankenfürsorgeanstalten ausgeweitet.

Außerdem wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen.

Zu Z 16 (§ 6a Abs. 3 und 4) und Z 17 (§ 6a Abs. 5 und 6):

Schon bisher war über die Gesundheitsdokumentationsverordnung geregelt, dass die angeführten Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich („ärztliche Diagnosencodierung“) erst ab dem 1. Jänner 2026 Daten zu den Diagnosen zu übermitteln haben. Dieses Datum wird nun in Abs. 3 auch im Gesetz auf den 1. Jänner 2026 angepasst.

Außerdem wird näher spezifiziert, welche Kassenverträge mit welchen Krankenversicherungsträgern von dieser Bestimmung umfasst sind. Kassenverträge im Sinne des § 6a umfassen kurative Kassenverträge und Verträge im Rehabilitationsbereich. Nicht umfasst sind jedenfalls Vorsorgeuntersuchungsverträge.

In Abs. 4 wird der Meldeweg für Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer ohne Kassenvertrag festgelegt.

Bei der Datenübermittlung an den Dachverband wird unterschieden, ob der Leistungserbringerin/dem Leistungserbringer die Sozialversicherungsnummer der Patientin/des Patienten vorliegt. Liegt diese vor, dann muss die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer nur mehr deutlich weniger Daten an den Dachverband übermitteln, da die übrigen Daten vom Dachverband ergänzt werden. Hinsichtlich der Übermittlung der Leistungen sind die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer nicht an einen konkreten Katalog gebunden, sondern können sich eine Honorarordnung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers für ihre Übermittlung auswählen. Beides bedeutet eine deutliche Erleichterung für die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer.

Da der Dachverband die Daten quartalsweise in additiver und nicht in kumulativer Form verarbeitet und in weiterer Folge der/dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerin/Bundesminister übermittelt, wird dies auch für Datenübermittlungen der Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer an den Dachverband so festgelegt.

Außerdem wird klargestellt, dass die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer nur dann Daten zu übermitteln haben, wenn für sie auch gemäß Ärztegesetz 1998 eine Pflicht zur Nutzung der e-Card-Infrastruktur besteht.

Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit Kassenverträgen mit allen der drei angeführten Krankenversicherungsträger Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS), Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) melden die Daten der bei diesen Krankenversicherungsträgern Anspruchsberechtigten gemäß Abs. 3 und keine Daten der anderen Patientinnen/Patienten gemäß Abs. 4. Dies bedeutet eine deutliche Erleichterung für die betroffenen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer.

Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit nur einem oder zwei Kassenverträgen mit den drei angeführten Krankenversicherungsträgern (ÖGK, SVS, BVAEB) melden die Daten dieser Anspruchsberechtigten gemäß Abs. 3 und die Daten ihrer anderen Patientinnen/Patienten gemäß Abs. 4.

Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit einem Vertrag mit einer Krankenfürsorgeanstalt melden die Daten der bei dieser Krankenfürsorgeanstalt Anspruchsberechtigten gemäß Abs. 3, sofern diese die dafür vorgesehene Schnittstelle des Dachverbandes, die für die Abrechnung zwischen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern und Krankenversicherungsträger vorgesehen ist, verwendet. Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit einem Vertrag mit einer Krankenfürsorgeanstalt, die diese Schnittstelle nicht verwendet, melden die Daten der bei dieser Krankenfürsorgeanstalt Anspruchsberechtigten gemäß Abs. 4.

Der Begriff „sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen“ ist als Gegenbegriff zu „Privatleistungen“ zu verstehen, die von keinem Träger der Krankenversicherung getragen werden, wobei grundsätzlich die Prüfung und Entscheidung durch die Ärztin/den Arzt erfolgt.

Das heißt, dass Leistungen, die von einer Ärztin/einem Arzt zur Abrechnung übermittelt werden, jedenfalls als „sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen“ im Sinne dieses Gesetzes zu behandeln sind.

Als nicht erstattungsfähige Leistungen gelten demnach zB Führerscheinuntersuchungen, Untersuchungen in Zusammenhang mit Gutachten betreffend Pflegestufe bzw. Invaliditätspension. Daraus ergibt sich, dass die wesentlichen Leistungen umfasst sind. Dies wurde nunmehr auch entsprechend in den Erläuterungen ergänzt.

Zu Z 18 (§ 6b Z 1 und 2):

Schon bisher wurden von den Landesgesundheitsgesundheitsfonds die intramuralen ambulanten Daten des vorangegangenen Kalenderjahres bis 31. März übermittelt, da diese Daten beispielsweise für die jährliche Wartung des Modells der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF-Modell) zeitgerecht vorliegen müssen. Für die Übermittlung der auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüften und allenfalls richtiggestellten Daten wird die Frist für die Übermittlung aber auf 31. Mai verlängert und damit an die Übermittlung der Diagnosen- und Leistungsberichte des stationären Bereichs angepasst.

Zu Z 19 (§ 6c Abs. 1 Z 1 und 2):

Die ambulante Dokumentation umfasst nun auch die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenverträge mit einem der angeführten Krankenversicherungsträger, und damit auch Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit Verträgen mit Krankenfürsorgeanstalten. Bei der Übermittlung der Leistungen an den Dachverband ist dabei eine Honorarordnung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers auszuwählen. Für den Dachverband entfällt somit die bisherige Einschränkung auf Kassenverträge.

Da nur die nicht rückrechenbaren Pseudonyme innerhalb des Hardware Security Moduls (HSM) erstellt werden, wird diese Auflage zur Nutzung des HSM in lit. a verschoben.

Zusätzlich wird in lit. a eine Bestimmung ergänzt, um auch zu den Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern aus dem extramuralen Bereich mit einem Kassenvertrag mit einem Krankenversicherungsträger wieder ein Pseudonym innerhalb des HSM zu erstellen, analog zu den Pseudonymen der Patientinnen/Patienten. Diese Regelung ist im Zuge der letzten Gesetzesnovelle fälschlicherweise gestrichen worden und soll nun wieder ergänzt werden, um bei Auswertungen zu Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern durchgehende Zeitreihen zu ermöglichen.

Außerdem wird eine redaktionelle Anpassung vorgenommen, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen.

Zu Z 20 (§ 6c Abs. 2 und 3):

Schon bisher wurden vom Dachverband die Daten quartalsweise in additiver und nicht in kumulativer Form übermittelt. Diese Praxis wird in Abs. 2 nun gesetzlich verankert.

Aufgrund der Änderung des § 6c Abs. 1 Z 2 muss auch der Verweis in Z 3 angepasst werden.

Zu Z 21 (§ 6d):

Die Dokumentation im ambulanten Bereich umfasst nun auch die Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenverträge mit einem der angeführten Krankenversicherungsträger, und damit auch Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer mit Verträgen mit Krankenfürsorgeanstalten. Eine Pflicht zur Datenübermittlung an den Dachverband besteht für diese Krankenfürsorgeanstalten aber nur dann, wenn sie auch die Schnittstelle des Dachverbandes, die für die Abrechnung zwischen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern und Krankenversicherungsträger vorgesehen ist, für ihre Abrechnungen und für die weitere Datenübermittlung eine andere vom Dachverband zur Verfügung gestellte Schnittstelle verwenden. In diesem Fall entfällt die Pflicht für die betroffenen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer, selbst diese Daten über die gemäß § 6a Abs. 4 zu verwendende Schnittstelle des Dachverbands zu übermitteln.

Zu Z 23 (§ 6f Abs. 1 und 2):

Sowohl der Dachverband als auch die bei ihm eingerichtete Pseudonymisierungsstelle müssen für bestimmte in diesem Gesetz vorgesehene Aufgaben einen Personenbezug herstellen. Dies betrifft das Bereitstellen von Pseudonymen zu den Patientinnen/Patienten und Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern sowie die Ergänzung von Daten zu den Sozialversicherungsnummern, die dem Dachverband von den Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer aus dem extramuralen ambulanten Bereich ohne Kassenverträge mit einem der angeführten

Krankenversicherungsträger übermittelt werden. Dazu wird diese Bestimmung entsprechend angepasst. In diesem Zusammenhang wird angemerkt, dass eine Anpassung in § 5c Abs. 1 nicht erforderlich ist, da dort die Generierung des Pseudonyms ohne Sozialversicherungsnummer vorgesehen ist.

In Abs. 2 handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung, um einen fehlerhaften Verweis zu korrigieren.

Zu Z 24 (§ 6g Z 1) und Z 25 (§ 6g Z 1a):

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung, um einerseits Institutionen zu ergänzen, die von den Bestimmungen der Gesundheitsdokumentationsverordnung betroffen sind, und andererseits die Lesbarkeit der Aufzählung zu verbessern.

Zu Z 26 (§ 9):

Hierbei handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung, um den Wirkungsbereich der Bundesministerin/des Bundesministers mit dem geltenden Bundesministeriengesetz in Einklang zu bringen, sowie zur Korrektur der Rechtschreibung.

Zu Z 27 (§ 9a Abs. 1 Z 1) und Z 28 (§ 9a Abs. 2):

Da die bestehende Formulierung die Übermittlung des Todesdatums nicht umfasst, dieses für die zweckgemäße Verarbeitung der Daten aber zwingend erforderlich ist, erfolgt in § 9a Abs. 1 Z 1 eine entsprechende Ergänzung. Im Hinblick auf eine effiziente und qualitätsgesicherte Datenverarbeitung, die erst mit Gesamtjahresdaten möglich ist, wird die Quartalsmeldung durch eine jährliche Meldung ersetzt.

Zu Z 29 (§ 12 Abs. 10 bis 12):

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Anpassungen.