

ÖA

„Österreichische Ärztezeitung

Sammelband
Mai 2026



**E-HEALTH &
DIGITALE
MEDIZIN**

MITGESTALTEN, STATT ZUSCHAUEN

Eines ist gewiss: Wenn wir Ärztinnen und Ärzte uns nicht aktiv in den Prozess einbringen, dann werden wir von der Digitalisierungswelle überrollt, ohne die Abläufe selbst mitgestaltet zu haben. Die Weiterentwicklungen in der Digitalisierung werden kommen – nicht zuletzt durch die Umsetzung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS). Aus diesem Grund berichten wir seit mittlerweile zwei Jahren in einem eigenen Themenschwerpunkt in der Österreichischen Ärztezeitung über die neuesten Entwicklungen.

Der hier vorliegende Sammelband fasst die Berichterstattung rund um die digitale Medizin seit dem Erscheinen des ersten Sammelbands zusammen. Es ist auch ein chronologischer Rückblick. Dokumentiert sind damit auch unsere Erfolge: So haben wir bei der automatischen Diagnoseerfassung regelmäßig öffentlich und in direkten Gesprächen mit der Politik unsere Bedenken geäußert und Alternativen präsentiert. Schlussendlich wurde der Beginn der verpflichtenden Diagnosecodierung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verschoben und eine sechsmonatige Pilotierungsphase bis 30. Juni 2026 beschlossen. Diese Zeit nutzen wir, um Rückmeldungen und Kritik der Ärztinnen und Ärzte zu sammeln, die sich in der Einführungsphase aktiv engagieren, und im regelmäßigen Austausch mit der Sozialversicherung und mit dem Gesundheitsministerium Verbesserungsvorschläge zu machen. Denn der Grundgedanke, die Diagnosen standardisiert zu dokumentieren und damit auch Daten für die Gesundheitsplanung zu sammeln, ist nicht nur sinnvoll, sondern auch angesichts der Vorgaben, die vom EHDS kommen, notwendig. Es ist aber weder sinnvoll noch notwendig, diese so umzusetzen, dass am Ende des Tages veraltete – und statistische, aber nicht medizinisch relevante – Gesundheitsdaten gesammelt werden. Außerdem muss gerade im Hinblick auf den Datenschutz gewährleistet werden, dass der Grundsatz der Datenminimierung gewahrt wird. Auch werden wir uns weiterhin dafür einsetzen, dass die Abrechnungs- von den Diagnosedaten zu trennen sind.



Wie Sie auch diesem Sammelband entnehmen können, wurde zwischenzeitlich von der Sozialversicherung versucht, Wahlärzte durch die Anbindung an das e-Card-System und die verpflichtende Nutzung von ELGA-Funktionalitäten in einem Nutzungsvertrag zu verpflichten, Tools in Zukunft anzuwenden, die jedoch noch gar nicht umgesetzt sind. Es ist uns gelungen, mit dem Dachverband eine Vereinbarung zu erzielen, die die Nutzungsbedingungen deutlich praktikabler gestaltet. Sie stellt sicher, dass zukünftige Services für

Wahlärzte analog zu jenen der Kassenärzte verhandelt werden können. Wesentliche Services der e-card Infrastruktur stehen damit sowohl den Kassenärzten, als auch den Wahlärzten zur Verfügung.

Zudem haben wir mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger in der sogenannten Zukunftsvereinbarung e-Health die Rahmenbedingungen für den digitalen Fahrplan festgelegt – unter anderem muss vor jedem Projekt die Finanzierung gewährleistet sein und eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufgestellt werden.

Ich darf Sie noch auf ein weiteres Highlight dieses Sammelbandes hinweisen: Die Radiologin und renommierte KI-Expertin Ulrike Attenberger schildert in einem Interview ihre Vision zum Einsatz von KI in der Medizin.

Ich wünsche Ihnen eine informative Lektüre!



Dr. Johannes Steinhart
Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Ich will mehr.

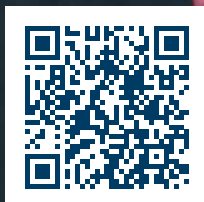
Jetzt die Österreichische Ärztezeitung
Online entdecken.

Registrieren Sie sich für

- mehr Qualitätsjournalismus
- mehr DFP-Literaturstudien
- mehr Service
- mehr Jobs.



..Österreichische
Ärztezeitung





E-CARD ANBINDUNG

DIGITALE ÄNDERUNGEN FÜR WAHLÄRZTE

Spätestens ab 1. Jänner 2026 müssen Wahlärzte die e-Card-Infrastruktur, den e-Impfpass und einzelne ELGA-Funktionalitäten verwenden. Für die Umsetzung müssen einige Vorlaufzeiten und Schritte in der Umsetzung berücksichtigt werden.

Sophie Niedenzu

Die Gesundheitsreform 2024 hat für Wahlärzte zahlreiche Auswirkungen. Eine davon, nämlich die digitale Einreichung von Honorarnoten bei den Krankenkassen, ist bereits im Juli des vergangenen Jahres in Kraft getreten. Welche Wahlärzte von dieser Regelung betroffen sind, war im Vorfeld lange Zeit unklar. Erst Ende Juni wurde in den Verhandlungen des Gesundheitsministeriums mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte beschlossen, dass ab 1. Juli alle Wahlärzte, die mindestens 300 verschiedene Patienten pro Jahr behandeln – das sind ein knappes Drittel aller Wahlärzte in Österreich – deren Honorarnoten bei den Krankenversicherungsträgern zur Kostenerstattung einreichen. Dafür stellen ÖGK, SVS und BVAEB das Service WAHonline zur Verfügung.

Das ist nicht die alleinige Änderung, denn im nächsten Schritt erfolgt die

INFO

E-CARD PROVIDER

Für die Herstellung eines GIN-Anschlusses hat der Dachverband der Sozialversicherungsträger mit folgenden Telekommunikations-Providern Rahmenverträge abgeschlossen:

- A1 Telekom
- Hutchison Drei Austria
- Infotech EDV-Systeme GmbH
- Magenta Telekom sowie
- spusu

verpflichtende Verwendung des e-Card Systems für Wahlärzte. Auch hier stellt sich die Frage: Welche Wahlärzte sind von dieser neuen Regelung betroffen? Dazu gibt es noch keine rechtliche Klarheit, zur Frage nach der Verhältnismäßigkeit führt die Öster-

reichische Ärztekammer Gespräche mit dem Gesundheitsministerium.

Jene Wahlärzte, die von der verpflichtenden Verwendung des e-Card Systems betroffen sind, müssen spätestens ab 1.1.2026 die e-Card, die e-Card-Infrastruktur, den e-Impfpass sowie einzelne ELGA-Funktionalitäten wie die e-Medikation verwenden. Was ändert sich also ab da für die Wahlärzte und welche Vorlaufzeiten gilt es zu beachten?

AKTUELLE SITUATION

Aktuell nutzen in etwa 1.000 Wahlärzte in Österreich das e-Card System, sind aber in den Möglichkeiten noch eingeschränkt. Derzeit bereits verfügbar ist das e-Rezept Service. Damit können Kassenrezepte digital ausgestellt, eingelöst und abgerechnet werden. Darüber hinaus können

INFO

ÄNDERUNGEN FÜR WAHLÄRZTE

- Verwendung des e-Card-Systems ab spätestens 1.1.2026
- Die Definition, für welche Wahlärzte dies zumutbar ist, ist noch Verhandlungsgegenstand mit dem Gesundheitsministerium.
- Ca. 1.000 Wahlärzte nutzen bereits das e-Card System (für das e-Rezept).
- Der erste Schritt ist die Kontaktaufnahme mit der Landesstelle der ÖGK zur Freischaltung des e-card Systems.
- Anschließend folgt die Kontaktaufnahme mit einem e-card Provider (siehe Infobox).
- Im dritten Schritt sollte Kontakt mit dem Arztsoftwarehersteller zur Integration des e-card Systems in die Arztsoftware aufgenommen werden.

Wahlärzte das Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) teilweise nutzen – eine Abfrage von Langzeitbewilligungen ist nicht möglich, da hier eine e-Card Konsultation notwendig ist. Mit ABS kann die Bewilligung von chefarztpflichtigen Arztspezialitäten, die auf Kosten der Sozialversicherung verschrieben werden, über die e-card-Infrastruktur online beantragt werden. Andere e-Card Services wie beispielsweise die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung sind derzeit nicht für Wahlärzte mit e-Card System freigeschaltet.

BLICK IN DIE ZUKUNFT

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte forderte bei der Verwendung der Services die gleichen Rechte wie für die Kassenärzte. Mit Erfolg: Die Trägerkonferenz der Sozialver-

sicherung hat den einstimmigen Beschluss gefasst, Wahlärzten den vollumfänglichen Zugang zu allen e-Card Services zeitnah zu ermöglichen. Die Freischaltung der Services inklusive eigenem Wahlarzt-Regelfall soll analog zu den Kassenärzten in einer Nutzungsvereinbarung mit der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte verhandelt und abgestimmt werden.

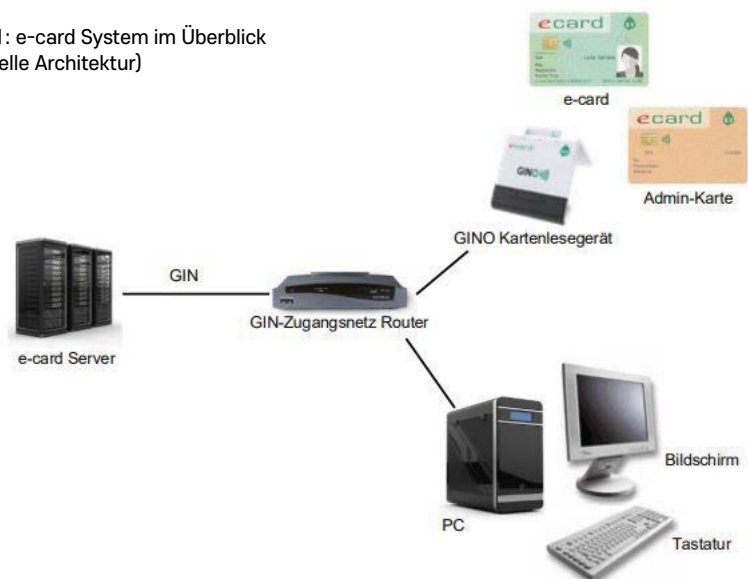
WAS ZU TUN IST

Wahlärzte, die noch gar nicht an das e-Card System angeschlossen sind, müssen entsprechend Vorlaufzeiten einplanen, um die technischen Voraussetzungen zu erfüllen. Das e-Card System ist ein hochsicheres System, das getrennt vom Internet läuft und alle Sicherheitsbestimmungen erfüllt. Das e-Card System besteht aus dem GIN (Gesundheitsinformationsnetz), dem e-Card Lesegerät (GINO – Gesundheitsinformationsnetz Online) sowie der Adminkarte zur Identifikation (siehe Abbildung).

Um die e-Card Infrastruktur verwenden zu können, erfolgt im ersten Schritt die Freischaltung des e-Card Anschlusses

durch die jeweilige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Die ÖGK veranlasst die Ausstattung mit dem e-Card System und der Adminkarte. Nach dem Erhalt der Admin-Karten kann der e-Card Anschluss mit den notwendigen Endgeräten direkt bei einem der GIN Zugangnetz-Provider bestellt werden (siehe Infobox). Der e-Card Anschluss sowie die notwendigen Endgeräte (Kartenlesegerät und Router) werden vom GIN Zugangnetz-Provider aufgestellt und als Dienst vermietet. Unabhängig von der Anzahl der GINO Kartenlesegeräte gelten die Servicepreise pro Gerät. Mit der Anbindung der Wahlärzte an die e-Card-Infrastruktur sind neben diesen monatlichen Kosten auch einmalige Kosten verbunden, nämlich jene für die Integration der Arztsoftware an das e-Card System, die Module für das e-Rezept und die e-Medikation sowie den e-Impfpass. Diese sind abhängig vom Arztsoftware-Hersteller. Die Gesamtkosten können nicht genau abgeschätzt werden, daher empfiehlt die Bundeskurie, direkt mit den Providern und den Arztsoftware-Herstellern zu verhandeln und Vergleichsangebote einzuholen. <

Abb. 1: e-card System im Überblick (aktuelle Architektur)



E-CARD ANBINDUNG TOR ZUR DIGITALEN WELT

Mit dem Stecken der e-Card wird unter anderem der Zugang zur Medikamentenverordnung ermöglicht. Eine wesentliche Rolle dabei spielen e-Medikation und e-Rezept, die oftmals in einem Atemzug genannt werden.

Sophie Niedenzu

Mit spätestens 1.1.2026 kommen einige Änderungen auf die Wahlärzte zu. Denn ab diesem Stichtag sind sie jedenfalls verpflichtet, die e-Card-Infrastruktur, die elektronische Gesundheitsakte ELGA und den e-Impfpass zu verwenden sowie ELGA-Gesundheitsdaten zu speichern bzw. zur Erfüllung der Berufspflichten zu erheben. Mit der e-Card-Steckung erfolgt auch der Zugang zu den ELGA Anwendungen e-Befund und e-Medikation. Was das e-Rezept angeht, ist hier die e-Card-Steckung nicht Voraussetzung, denn der Arzt kann ein e-Rezept auch mit Hilfe seiner Admin-Karte verschreiben.

ELGA-DOKUMENTIERTE MEDIKAMENTENHISTORIE

Die e-Medikation ist eine ELGA-Anwendung und beruht auf dem Gesundheitstelematikgesetz. Durch sie werden Medikamentenverordnungen und -abgaben übersichtlich dargestellt, was sie zu einer wichtigen Anwendung für alle Ärzte macht. Denn sie hat das Ziel, unerwünschte Wechselwirkungen und Mehrfachverordnungen von Medikamenten zu verhindern. Zugriff auf die e-Medikation haben Ärzte, Apotheker, Bürger, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen. Mit 1.1.2026 sind nicht nur niedergelassene Vertragsärzte gesetzlich dazu verpflichtet, verordnete Medikamente in der e-Medikation zu speichern, sondern ebenso Wahlärzte. Auch Apotheken müssen die Abgabe von Medikamenten verpflichtend dokumentieren. Behandelnde Ärzte können die Medikationsliste von Patienten einsehen und haben damit eine zusätzliche Entscheidungsgrundlage für Diagnostik und Therapie. Durch die verpflichtende Anbindung

der Wahlärzte an die e-Medikation wird die in ELGA dokumentierte Medikamentenhistorie in Zukunft noch genauer mit weniger Dokumentationslücken dargestellt, immerhin spielen Wahlärzte eine wichtige Rolle in der Versorgung. Nur Personen, die sich von ELGA e-Medikation explizit abgemeldet haben, besitzen keine e-Medikation.

PAPIERLOSES REZEPT

Anders als die e-Medikation ist das e-Rezept eine Anwendung der Sozialversicherung. Mit dem e-Rezept wird das papiergebundene Rezept abgelöst. Damit ist das e-Rezept eine rein administrative Anwendung des e-Card-Systems ohne medizinische Ziele. Die bisher fehlenden Daten, die für die Verrechnung mit der Sozialversicherung notwendig sind,

nachgesteckt oder ein Ersatzbeleg ausgestellt wird. Die Abrechnung erfolgt in diesen Fällen über telemedizinische Positionen. Bislang betraf das e-Rezept nur Kassenrezepte, in Zukunft werden auch Privatrezepte digital verordnet werden.

ZUSAMMENSPIEL E-MEDIKATION UND E-REZEPT

Das e-Rezept wird in der Ordination durch den Arzt erstellt und im e-Card-System gespeichert. Bei Nutzung einer Arztsoftware erfolgt eine automatische Übernahme der Verordnungsdaten in die e-Medikation. Bei Bedarf können weitere Informationen ergänzt bzw. einzelne Verordnungen entfernt werden (bei einem situativen Opt-Out). Auf Wunsch der Patienten können die e-Rezepte ausgedruckt werden. Die Einlösung in der

„MIT DER E-CARD-STECKUNG ERFOLGT AUCH
DER ZUGANG ZU DEN ELGA-ANWENDUNGEN
E-BEFUND UND E-MEDIKATION.“

wie etwa Versicherungsstatus oder Rezeptgebührenbefreiung, sind über das e-Rezept automatisch verfügbar. Damit ist das e-Rezept ein wichtiges Tool für die Sozialversicherung zur Überprüfung und Verrechnung der Kosten für das verordnete Medikament. Im Bedarfsfall kann der Arzt durch Eingabe der Sozialversicherungsnummer und Stecken der Admin-Karte ein e-Rezept in der Ordination ausstellen, wodurch die Anwesenheit des Patienten in der Ordination nicht zwingend notwendig ist. Es ist außerdem nicht erforderlich, dass die e-Card der Versicherten beim nächsten Besuch

Apothekes kann aber auch lediglich mit der e-Card erfolgen, der Apotheker erstellt bei der Medikamentenabgabe einen entsprechenden Eintrag in der e-Medikation. Dadurch ist für den Arzt ersichtlich, ob und welche Medikamente in der Apotheke abgegeben wurden. <





Ist es möglich, dass ein digitaler Zwilling Patienten bei der Suche nach der geeigneten Therapie unterstützt? Kann ein digitaler Zwilling möglicherweise verhindern, dass ein Patient überhaupt erkrankt?

DHEALTH DIGITALE REVOLUTION

Was an den Plot eines futuristischen Films erinnert, ist vielleicht nicht mehr allzu ferne Zukunftsmusik, denn die Forschung arbeitet an virtuellen Abbildern von Patienten. Diese sollen es möglich machen, Krankheiten besser zu diagnostizieren, Medikamente schneller zu entwickeln und die Wirksamkeit von Therapien vorab zu testen. Sie ermöglichen eine präzisere Diagnose und individuelle Behandlung durch Simulationen und datenbasierte Einblicke. So ist es beispielsweise pharmazeutischen Unternehmen mit Hilfe dieser digitalen Zwillinge möglich, zu simulieren, wie gut ein neues Medikament anschlägt und welche Nebenwirkungen es verursacht. Ärzte können vor einer Operation die Erfolgsaussichten eines Eingriffs abschätzen oder die Reaktion eines Patienten auf eine Therapie simulieren.

Neben dem Potential von digitalen Zwillingen befasst sich die Jahreskonferenz für Gesundheitsinformatik, die „dHealth“, Anfang Mai im Schloss Schönbrunn unter anderem mit den Themen Patient Journey, Cybersicherheit, KI in Österreich, Gesundheitsportale, das Geschäftsmodell dHealth, den EHDS oder auch mit den Anwendungs-

möglichkeiten der digitalen Medizin in der Onkologie. Im Fokus steht die Verbesserung der Gesundheitsversorgung anhand des technischen Potentials.

INNOVATIVE PATIENTENWEGE

Wie auch vergangenes Jahr wird die Österreichische Ärztekammer eine Session der Fachtagung leiten, in der sie sich mit neuen Wegen in der Patientenversorgung befasst. Den Beginn machen Impulsvorträge von Rudolf Knapp, stellvertretender Obmann der Bundeskurie für angestellte Ärzte, und Alexander Moussa, Leiter des Referats „eHealth in Ordinationen“ der Österreichischen Ärztekammer, zur Patient Journey in der intra- und extramuralen Versorgung. Diese birgt viel Potential, um Versorgungslücken zu minimieren. Wie mit Datensilos umgegangen werden soll, wie Register aufgebaut werden und was es mit der e-Diagnose auf sich hat, damit befasst sich anschließend Franz Leisch, Vizepräsident der Österrei-

chischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTelemed).

In der abschließenden Podiumsdiskussion werden sich Experten über neue, innovative Patientenwege austauschen. An dieser teilnehmen werden Dietmar Bayer, Präsident der ÖGTelemed, der eHealth Experte Hubert Wackerle, Stefan Sabutsch, technischer Geschäftsführer der ELGA GmbH, Alexander Kollmann, eHealth-Beauftragter des Landes Salzburg und Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich. (sni) <



dHealth 2025
May 06-07, 2025

19th Annual Conference on
Health Informatics meets Digital Health

Conference is eligible for 12 DFP

(Approval in progress)



Register now at:
dHealth.at



ÄRZTLICHE DIAGNOSE ALLTAGSSPRACHE STRUKTURIEREN

Nicht nur Kassenärzte, sondern auch Wahlärzte müssen ab 2026 die Diagnosestellung automatisch erfassen. Das öffentlich finanzierte e-Health Codierservice soll dabei helfen, Jargonsprache nach internationalen Standards zu strukturieren und ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-medizinische Zwecke anonym zur Verfügung zu stellen.

Sophie Niedenzu

Dass der Arzt eine Diagnose stellt und diese dokumentiert, ist nicht neu. Neu ist, dass ab 1. Jänner 2026 alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Diagnosen nach ICD-10 codieren müssen – also damit auch Wahlärztinnen und Wahlärzte. Ziel ist es, ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-medizinische Zwecke verwenden zu können. In Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer entwickelt die ELGA GmbH die fachlich-terminologische Grundlage für das so genannte „e-Health Codierservice“. Dieses wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz entwickelt und betrieben, und ist ein Umsetzungsprojekt der österreichischen eHealth Strategie. Es befindet sich derzeit in der technischen Demophase: „Wir sind im intensiven Austausch mit den Softwareherstellern, die nun Fragen haben, wie sie das Codierservice lokal in die Arzt-Software einbauen können“, erzählt

Moritz Buchmann, Projektmanager bei der ELGA GmbH. „Das Codierservice per se ist technisch keine Hexerei, aufgrund internationaler Standards leicht zu implementieren und qualitätsgesichert“, sagt er. Die Daten, die vom e-Health Codierservice erfasst werden, sind weder personalisiert noch rückführbar, weder auf den Patienten, noch auf den Arzt. Gespeichert werden die Diagnosen lokal in der Ordinationssoftware.

Dieses öffentliche Tool wird ab 1.1.2026 alle niedergelassenen Ärzte bei der strukturierten Dokumentation und Erfüllung der gesetzlichen Diagnosepflichten unterstützen. Es bietet die strukturierte Sprache der Medizin, SNOMED CT, an und verknüpft die Diagnose automatisch mit der gesetzlich geforderten ICD-10. Konkret heißt das: Der Arzt erstellt wie bisher eine Freitextdiagnose, für die dann automatisch mit Hilfe des e-Health Codierservice strukturierte,

erfassbare Diagnosevorschläge zur Auswahl anzeigt: „Es ist ein intelligentes Tool, das lernen wird, dem Arzt die richtige Diagnose vorzuschlagen“, erklärt Alexander Moussa, Leiter des Referats „eHealth in Ordinationen“ der Österreichischen Ärztekammer. Dass für die primäre Dokumentation SNOMED CT verwendet wird, habe den Hintergrund, dass es die vollstrukturierte Sprache der Medizin sei, die dem ärztlichen Arbeitsalltag am besten entspreche: „Eine gute digitale Lösung zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich flüssig in den Arbeitsprozess integrieren lässt“, sagt Moussa.

MISSING LINKS IN DER DIAGNOSEERFASSUNG

Das e-Health Codierservice könne Jargonbegriffe erkennen und in eine strukturierte, international gültige Diagnose überführen. Ein „Hexenschuss“ werde beispielsweise zu „akute Lumbalgie“: „Unser Anspruch ist es, die Sprache, die im medizinischen Alltag verwendet wird, einzugeben und aus dem System so zurück zu bekommen, dass eine strukturierte Dokumentation vorgenommen werden kann“, sagt Buchmann. Das sei bis jetzt noch der Missing Link gewesen, der nun dank einer Kooperation mit dem Medizininformatik-Institut der Med Uni Graz geschlossen werden konnte. Ein zweiter wichtiger Punkt sei die Reihung nach Relevanz, erklärt Buchmann: „SNOMED CT hat eine große Detailtiefe, da ist es umso wichtiger, den Überblick zu bewahren und häufige Begriffe nach oben zu reihen, was über eine standardisierte, anonyme Schnittstelle erfolgt.“ Für die Anwendung im ärztlichen Alltag sei der Zeitfaktor wichtig, ergänzt Moussa: „Digitale Tools wie das e-Health Codierservice sollen die ärztliche Arbeit unterstützen und nicht erschweren, daher sind wir hier im permanenten, konstruktiven Austausch bei der Umsetzung.“ <

MEHR INFOS
GIBT ES HIER





Vertreter der ÖÄK tauschten sich bei einem Treffen mit der Bundesärztekammer über die elektronische Patientenakte aus.



E-HEALTH &
DIGITALE MEDIZIN

PATIENT STATT PC

Spracherkennungssoftware und Sprachassistenten unterstützen den administrativen Ordinationsalltag, damit bleibt mehr Zeit für die ärztliche Kerntätigkeit. Zudem punktet Österreich mit einer starken Einbindung der Ärzte in der Umsetzung von Digitalisierungsprojekten – so lautet das Resümee der Österreichischen Ärztekammer nach einem Besuch der DMEA in Berlin.

Sophie Niedenzu

Wie sieht das KIS der Zukunft für die Krankenhäuser aus? Was kommt durch den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) auf die Bevölkerung zu? Inwiefern ist Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen bereits implementiert und welche Möglichkeiten gibt es? Die DMEA, eine der wichtigsten Kongresse im Bereich Digital Health, widmete sich diesen und anderen Fragen und verzeichnete heuer mit 900 Ausstellern, 20.500 Teilnehmern und 470 Speakern neue Rekordwerte. Auch die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) war mit Experten aus dem Bereich der Digitalisierung vor Ort. Besonders die Künstliche Intelligenz sei im Fokus der Veranstaltung gewesen: „Die Künstliche Intelligenz ist sowohl im Krankenhaus, als auch in den Ordinationen angekommen“, resümiert Dietmar Bayer, stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassener Ärzte und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTeled). Mit ihrer Hilfe könnten administrative Prozesse erleichtert werden, etwa durch Spracherkennungssoftware oder Sprachassistenten und verschiedene Termintools. Damit bleibe auch mehr Zeit für die ärztliche Kerntätigkeit. „In-

novative Entwicklungen werden die Beziehung zwischen Arzt und Patient zum Positiven verändern, weil der Patient direkter behandelt wird und Administratives an die KI abgegeben werden kann“, sagt Bayer. So könnten Versicherungsanfragen beantwortet oder Exzerpte aus großen Datenmengen KI-gestützt generiert werden. Alexander Moussa, Leiter des Referats eHealth in Ordinationen, ergänzt: „Die Möglichkeiten mit digitalen KI-gestützten Tools sind überwältigend, es scheint zukünftig möglich zu sein, dass der Patient wieder stärker in den Vordergrund tritt.“

DEUTSCHLAND VERSUS ÖSTERREICH

Das scheint auch in Hinblick auf die nächste Generation eine wesentliche Frage zu sein, beschäftigte sich doch die DMEA auch stark mit der Thematik, wie sich junge Ärzte für Niederlassungen finden, wie man sie durch digitale Lösungen unterstützen und wie digitale Entschei-

dungshilfen, etwa für die Gründung einer Ordination, aussehen könnten. Ein weiteres Fazit der DMEA ist: sehr viele innovative Lösungen sind da, aber die flächendeckende Umsetzung fehlt, weil sie an der Finanzierung scheitert. Im direkten Vergleich mit Deutschland ist Österreich mit der Entwicklung der ELGA gegenüber der elektronischen Patientenakte in Deutschland deutlich voraus, ebenso bei der Standardisierung, etwa durch den so genannten Terminologieserver. Während in Österreich dieses, von ELGA auf Basis von Open-Source-Komponenten programmierte Tool wie ein digitales, immer aktuelles Wörterbuch für Ärzte die Grundlage für die Vernetzung zwischen den Spitälern und dem niedergelassenen Bereich dient und seit vielen Jahren intersektorales Arbeiten ermöglicht, ist dieser in Deutschland erst seit kurzem im Einsatz – mit dem Vorbild des österreichischen Terminologieservers. Anders als in Österreich findet sich aber in Deutschland eine Abrechnungsleistung für Telematik, das heißt, laufende Kosten werden in der Honorarordnung mit bedacht. Sie decken allerdings nicht den gesamten Aufwand für Digitalisierung.

Was Österreich auszeichne, sei jedenfalls der intensive Austausch zwischen den Stakeholdern und die aktive Mitwirkung der Ärzte – als Vorbildprojekt sei hier der e-Impfpass zu nennen, resümierten Moussa und Bayer die Gespräche mit der Bundesärztekammer. Diese kurzen Wege der direkten Absprache unter Einbeziehung der Ärzte würden auch weiterhin beschritten werden: „Nur so sind digitale Prozesse sinnvoll und leicht umsetzbar, ohne die Arbeitsabläufe disruptiv zu ändern“, betont Moussa. <

„DER PATIENT TRITT WIEDER STÄRKER IN DEN VORDERGRUND.“

DIGITALE INKLUSION

DIE REISE DES PATIENTEN

Für eine gelungene Reise des Patienten durch das Gesundheitssystem brauche es nicht nur eine zentrale Schaltstelle, sondern auch digitale Kompetenz und Vertrauen in digitale Tools, deren Mehrwert für Ärzte und Patienten klar sichtbar sind.

Sophie Niedenzu

Er sei eine steile Vorlage: Der exponentielle Wissenszuwachs in der Medizin müsse kanalisiert und verarbeitet werden. Gleichzeitig müsse der Überblick über die gestiegenen Möglichkeiten in der Therapie bleiben, mit dem Ziel einer besseren Versorgung aller Patienten. Auf der anderen Seite gebe es aber die Herausforderungen im Spitalsalltag: zu viele verschiedene EDV-Systeme, von hoch professionell bis selbstgestrickt, etwa für die Patientendokumentation, die Betten- und OP-Planung, Abrechnung und Datenmanagement. Das führe zu einer so hohen Administration, dass sich Ärztinnen und Ärzte von ihrer Arbeit am Patienten entfremden. Die Folge: Spitalsärzte wandern ins Selfmanagement ab und gründen eine Wahlarztpraxis. So lautet kurz zusammengefasst die Diagnose von Rudolf Knapp, stellvertretender Obmann der Bundeskurie angestellte Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, auf der jährlichen Gesundheitsinformatikmesse dHealth in Wien, wo sich zwei Tage lang Vertreter der Softwareindustrie, der Sozialversicherung, der Ärzteschaft ebenso wie Forscher trafen, um über das Potential und die Grenzen in der digitalen Entwicklung in der Medizin zu sprechen. Das Medikament gegen diese Situation sei kein „digitaler Patient“, sondern die zentrale digitale Abspeicherung seiner Daten und eine „schwache“ KI für die Datenanalyse, führte Knapp weiter aus. KI werde nicht den Arzt ersetzen, aber die Arbeit unterstützen. Für eine gelungene Patientenreise durch das System benötige es eine Art Kommandozentrale, in der alle medizinischen Inhalte zusammenfließen und ein digitaler Zwilling er-

schaft werde. Vehikel dafür sei etwa die elektronische Patientenakte (ELGA). Die niedergelassenen Ärzte spielen bei der „patient journey“, also dem Prozess, den ein Patient innerhalb des Gesundheitssystems durchläuft – von der Prävention über die Diagnose und Behandlung bis hin zur Nachsorge und Rehabilitation – eine große Rolle, ergänzte der Allgemeinmediziner Alexander Moussa, Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTeled) und Leiter des Referats „eHealth in Ordinationen“ der Österreichischen Ärztekammer. Digitalisierung helfe, Spitäler und Ordinationen besser zu vernetzen. Moussa warnte aber gleichzeitig davor, dass sich der Ärztemangel durch eine schlechte digitale Implementierung verschärfen könnte. Bereits jetzt seien fünf bis zehn Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Pensionsalter – wenn digitale Prozesse nicht gut in den Arbeitsalltag integriert seien und keinen sichtbaren Mehrwert böten, könnte das dazu führen, dass Ärzte schneller in Pension gingen. Ein Schritt zu einem besseren

Management der digitalen Projekte sei die eHealth-Roadmap, die seit kurzem in Betrieb sei. Der Europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS), der sich seit März in der Umsetzungsphase befindet, treibe digitale Entwicklungen in Österreich nun voran, da er eine patient summary fordere, was so etwas wie ein „Mini digital twin“ sei, sagte Franz Leisch, Vizepräsident der ÖGTeled. Wichtig dafür sei eine patientenzentrierte Dokumentation, in der unter anderem auch Allergien und Diagnosen in ELGA abgespeichert seien.

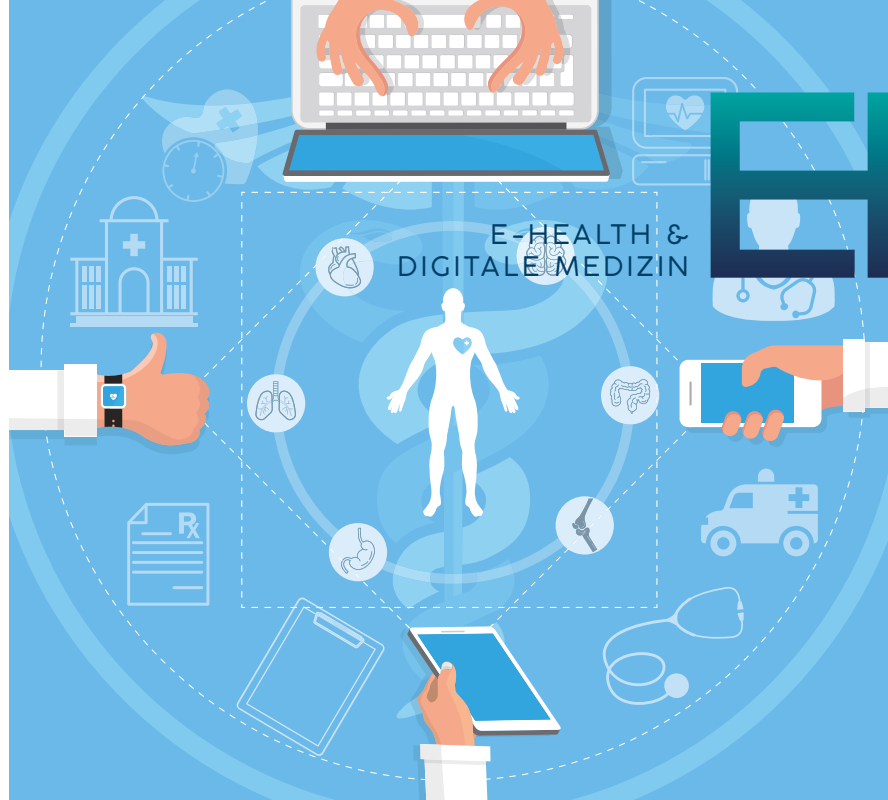
INSULARES DENKEN

Derzeit seien die Patientenwege leider noch „Irrwege“, merkte Angelika Widhalm vom Bundesverband Selbsthilfe Österreich an. Es fehle noch eine effiziente Kommunikation zwischen den klinischen Abteilungen, um Doppeluntersuchungen und neue Anamneseerhebungen zu vermeiden, zudem müssten Allergien und Intoleranzen zentral gespeichert sein. Das „insulare Denken“



v.l.n.r.: Hubert Wackerle, Alexander Kollmann, Rudolf Knapp, Franz Leisch, Alexander Moussa, Angelika Widhalm, Dietmar Bayer, Stefan Sabutsch, Stefanie Gmeiner

in Österreich hemme den digitalen Fortschritt, kritisierte Dietmar Bayer, stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und Präsident der ÖGTelemed. Die Basis mit vielen Gesundheitsdaten sei da, aber man könne nicht strukturiert über sie verfügen. ELGA könne zwar schon sehr viel, aber sie sei noch löchrig, erklärte Stefan Sabutsch, technischer Geschäftsführer der ELGA GmbH. Die Löcher würden nach und nach gestopft werden, unter anderem durch die mit 1. Jänner 2026 verpflichtende Anbindung der Wahlärzte an ELGA, sowie im weiteren Schritt auch der mobilen Pflege. Auch müsse sich die e-Medikation zu einem Medikationsplan weiterentwickeln und administrative und medizinische digitale Tools klar getrennt werden. Neben der Einbindung der Softwareindustrie und der Standardisierung von digitalen Prozessen sei eines notwendig: die digitale Kompetenz. Auch müsse es immer einen Mehrwert geben, betonte Alexander Kollmann, e-Health Beauftragter des Land Salzburg. Die Gesundheitshotline 1450 habe das Potential, Patienten dabei zu unterstützen, durch das Gesundheitssystem zu leiten, betonte IT-SV Geschäftsführer Hubert Wackerle und verwies auf Zahlen, wonach 70 Prozent der Empfehlungen von 1450 befolgt würden. Es sei jedoch notwendig, alle neun 1450-Systeme in den jeweiligen Bundesländern auf einen zentralen Nenner zu bringen, ergänzte Bayer, sozusagen „1450 2.0“. Widhalm wiederum merkte an, dass 1450 niemals den persönlichen Kontakt zum Arzt ersetzen könne und es zudem wichtig sei, digitale Hilfsmittel in der Medizin für alle verständlich zu erklären, um Vertrauen in die Digitalisierung in der Bevölkerung aufzubauen. Ein „digital guide“ sei eventuell eine neue Berufsgruppe, ergänzte Bayer, die digitale Inklusion sah Sabutsch als wichtiges Ziel. Es sei auch Teamsport gefragt, um ELGA zu einem gemeinsamen Instrument hin zu einer Wissensplattform auszubauen, ein „digitaler Zwilling“ müsse einen tatsächlichen Mehrwert bringen und helfen, Kosten einzusparen. ◀



INFO

EINIGE HIGHLIGHTS BEI DER DHEALTH

- SEKUNDÄRDATENNUTZUNG:** Elina Drakvik von Sitra, dem finnischen Innovationsfonds, sprach auf der dHealth über die hohe digitale Kompetenz in Finnland, wo seit 2019 pseudonymisierte Gesundheitsdaten für die Forschung verarbeitet werden. Mit Hilfe dieser Sekundärdatennutzung seien mehr evidenzpolitische Entscheidungen möglich. Grundvoraussetzung sei das Vertrauen der Öffentlichkeit. Die in Finnland durch Findata pseudonymisierte Sekundärdatennutzung sei eine Inspiration für die nun im EHDS integrierte Sekundärdatennutzung gewesen.
- KI:** Europa sei eine „digitale Kolonie“ und abhängig von USA und China, in denen digitale Tools entwickelt wurden. Notwendig sei die digitale Souveränität Europas, um selbstständig, selbstbestimmt und sicher agieren zu können. In Frankreich würden in den kommenden Jahren knapp 110 Milliarden Euro aus dem Privatsektor in die KI investiert werden.
- CYBERSECURITY:** 67 Prozent der Gesundheitseinrichtungen seien von Ransomware betroffen. Der ethische Grundsatz unter Hackern, keine Gesundheitsdaten zu hacken, sei gefallen, wodurch es noch wichtiger sei, Gesundheitsdaten, vor Cyberattacken zu schützen. Die Basissicherheit in Spitälern beispielsweise sei bereits umgesetzt, ein Augenmerk soll verstärkt auf Softwareupdates in der Medizintechnik gelegt werden. Diese sei oft nicht gepatcht und anfällig für Cyberangriffe und andere Sicherheitsbedrohungen. Man müsse Awareness für technische Mängel und Schwachstellen schaffen: Beschaffungsentscheidungen von Spitälern, beispielsweise für neue CT-Geräte, müssten das Vorhandensein von entsprechenden Schnittstellen sein, damit Hersteller bei ihren Medizintechnik-Geräten mehr in die Cybersecurity investieren.



EHEALTH
ROADMAP



ÖGTELEMED
E-DIAGNOSE



VERANSTALTUNG
DHEALTH

DATENZWILLING

DIGITALE GRETCHENFRAGE

Zentral digital gespeicherte Daten, die die individuelle Patientengeschichte mit dem Wissenszuwachs in der Medizin KI-basiert vereinen, können die Versorgung in der Zukunft verbessern.

Sophie Niedenzu



„Nun, sag, wie hast du's mit dem Return of Investment?“ Nicht die Frage nach der Religion, sondern die Frage nach dem finanziellen Output steht im Mittelpunkt vieler Themen. Davon bleibt auch die Gesundheit nicht unberührt. Der digitale Fortschritt müsse natürlich finanziell unterstützt werden, darin waren sich Dietmar Bayer, stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTeled) und Rudolf Knapp, stellvertretender Obmann der Bundeskurie angestellte Ärzte der Österreichischen Ärztekammer, in einem Pressegespräch einig. So investiere beispielsweise China Milliarden in ganze KI-

„REAL-LIFE-DATA“ SIND WESENTLICH GÜNSTIGER ALS AUFWÄNDIGE STUDIEN, DIE MEHRERE PHASEN DURCHLAUFEN MÜSSEN.

Farmen und deren Energieversorgung. Letztendlich sei es bei der Investition in den digitalen Fortschritt ähnlich wie in der Vorsorge – der Output der Investitionen sei erst langfristig messbar. Um die Digitalisierung käme man nicht herum: „Die medizinischen hard facts, die Datenmassen, der medizinische Fortschritt, das alles explodiert und wir Ärztinnen und Ärzte fangen an, Dinge zu übersehen“, sagte Knapp. Die Krankenhäuser



seien überlastet, die Patientenbetreuung werde – auch durch „Dr. Google“ und Einforderungen von Patientinnen und Patienten – intensiver, gleichzeitig gebe es eine komplexe hochgezogene EDV, die sich von Spital zu Spital, teilweise auch von Abteilung zu Abteilung, unterscheide: „Das Problem ist, dass diese Programme nicht miteinander reden, ich muss in der Früh fünf Programme starten und selbst die Inhalte verknüpfen und übersetzen“, erzählte Knapp. Es gebe durch die Flut an Informationen ein „Nichtmanagement der Vielzahl an Gesundheitsdaten“, wodurch auch mehr Fehler passieren würden. „Das ist ein Faktor, den wir nicht außer Acht lassen sollten, denn es kann nicht sein, dass die Versorgung aufgrund der schlechten technischen Voraussetzung leidet“, betonte Knapp.

DATEN ALS NEUE WÄHRUNG

Ein möglicher Rettungsanker sei die Umsetzung eines „digitalen Zwillinges“. Der Begriff stammt eigentlich aus der Industrie und meint das KI-basierte Ebenbild eines realen Patienten, in dem alle Patientendaten digital verarbeitet sind: „Das ist ein Hilfsmittel, um mit der Datenvielfalt umzugehen und den medizinischen Fortschritt an den Patienten zu bringen“, sagte Knapp. Um das umzusehen, sei keine „Revolution“ notwendig: „Wir können heute die Daten, die wir alle in unseren spezifischen Systemen haben, zusammenfassen und mit KI über Data Warehouses zu digitalen Zwillingen verarbeiten.“ Vehikel für die Informationsübertragung sei vor allem die ELGA. Es brauche eine Art „Medical Command Center“, wo individuelle Patientendaten mit dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung und Therapiemöglichkeiten fusioniert werden: „Sekundärdaten sind die neue Währung im Gesundheitssystem“, betonte Knapp mit Verweis auf den EHDS. Sekundärdaten, also die

Wiederverwertung von bestehenden Datensammlungen, sei ein Riesensmarkt. „Real-Life-Data“ seien wesentlich günstiger als aufwändige Studien durchzuführen, die verschiedene Phasen durchlaufen müssen.

PATIENT IM MITTELPUNKT

Ein „Medical Command Center“ könne alles steuern, etwa die einfachen Managementaufgaben bis hin zum Aufspüren von seltenen Erkrankungen, abhängig von der Qualität der KI. „Und hier sind wir dann bei der Patientenreise – denn diese beginnt nicht immer im Spital und hört nicht im Spital auf, die Schnittstellen mit dem niedergelassenen Bereich müssen funktionieren“, sagte Knapp: „Das muss eine Einheit sein, denn nur so erhalten unsere Patienten eine vollumfängliche Versorgung.“ Ziel müsse sein, dass die KI das medizinische Personal entlastet und nicht zur Entfremdung von der Arbeit am Patienten führt: „Damit wir in der Lage sind, das zu tun, was wir auch studiert haben, nämlich: den Patienten nach aktuellem Stand der modernen Medizin zu behandeln“, sagte Knapp. Um die ärztliche Kerntätigkeit wieder mehr in den Vordergrund zu bringen, werden bereits Spracherkennungssoftware, Sprachassistenten und Termintools eingesetzt, um den administrativen Alltag zu unterstützen: „Die Künstliche Intelligenz ist sowohl im Krankenhaus, als auch in den Ordinationen angekommen“, ergänzte Bayer.

SCHLANKER DIGITALER ZWILLING

Die digitalen Entwicklungen werden durch den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS), der mit März in Kraft getreten ist, vorangetrieben. Neben den Primärdaten wird auch die Nutzung der Sekundärdaten für wissenschaftliche Zwecke von der EU reglementiert. Einer der wesentlichen Punkte des EHDS ist eine so genann-

te „patient summary“. Um diese umzusetzen, müssen nach einheitlichen Standards strukturierte Diagnosen zentral gespeichert werden, letztendlich sei das so etwas wie die schlanke Form eines digitalen Zwillinges, betonte Bayer.

Ein erster Schritt auf dem Weg zur „patient summary“ sei die ab 1. Jänner 2026 verpflichtende automatische Diagnoseerfassung durch alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – und damit auch Wahlärzte. Sie müssen nach ICD-10 codieren, um ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-me-

„DER DIGITALE
ZUGANG MUSS
JEDENFALLS
NIEDERSCHWELIG
UND BARRIEREFREI
MÖGLICH SEIN.“

dizinische Zwecke verwenden zu können. In Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer entwickelt die ELGA GmbH die fachlich terminologische Grundlage für das so genannte „e-Health Codierservice“. Die strukturierte Sprache der Medizin, SNOMED CT, wird automatisch mit dem gesetzlich geforderten ICD-10 verknüpft.

Neben der gemeinsamen Entwicklung von digitalen Tools sei aber zudem auch die digitale Inklusion und das Vertrauen der Bevölkerung relevant: „Der digitale Zugang muss jedenfalls niederschwellig und barrierefrei möglich sein, zudem sollten Experten Hilfestellung für jene leisten, die diese benötigen“, sagt Bayer. So wäre ein „Digital Guide“ womöglich eine neue Berufsgruppe für die Zukunft, eine Art Begleiter für den digitalen Zwilling, eine Schnittstelle zum „Medical Command Center“. ◀

INTERVIEW

„OHNE DATEN
IM BLINDFLUG
UNTERWEGS“

Bestehendes nützen und gegebenenfalls optimieren, Doppelbefundungen vermeiden, ein bundesweites Basisprogramm für 1450 aufbauen und mit Telemedizin vernetzen: Die Staatssekretärin für Gesundheit, Ulrike Königsberger-Ludwig, spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über einige Ziele in der digitalen Medizin, über Datenqualität und Präventionsplanung.

Es laufen bundesländerweit verschiedene digitale Projekte in der Gesundheit, etwa HerzMobil oder die Teledermatologie. Welche Möglichkeiten sehen Sie, diese Projekte in die Fläche zu bekommen? In der Digitalisierung gibt es viele Stakeholder. Die große Herausforderung, die zum Gelingen beiträgt, ist, dass man erst einmal voneinander weiß: Was macht jeder, mit welchem Ziel? In einem weiteren Schritt sollten die Best Practice Beispiele herausgefiltert werden, um in Gespräche zu treten, wie man diese Vorzeigeprojekte in die Fläche bringt. Bei der Teledermatologie beispielsweise geht es auch darum, dass die versendeten Fotos auch von der Kasse akzeptiert werden. Man muss daher auch schauen, dass die digitalen Anwendungen, die es gibt, auch tatsächlich Eingang in das System finden. Und es werden Schnittstellen nötig sein, um die Systeme gut zu verbinden. Darin sehe ich meine Aufgabe: zu steuern, zu koordinieren und dann umzusetzen, um Best Practice Projekte in die Fläche zu bringen.

Die eHealth-Roadmap, die kürzlich vom Fachverband der Elektro- und Elektronikindustrie in Zusammenarbeit mit anderen Stakeholdern veröffentlicht wurde, widmet sich genau diesem: Sie stellt alle kommenden Projekte grafisch dar und gibt einen guten Überblick über die Projektphasen. Warum ist das Ministerium bei dieser Roadmap nicht involviert? Wir orientieren uns an der e-Health Strategie in der Bundes-Zielsteuerungskommission. Daher ist nicht geplant, dass wir uns an der eHealth-Roadmap aktiv beteiligen, das ist eine Initiative der Privatwirtschaft. Sie ist allerdings sehr interessant, weil sie gut zeigt, wie weit die Industrie in der Umsetzung ist. Wir werden die eHealth-Roadmap daher auch in unsere jährliche Evaluierung mit aufnehmen.

Förderungen im niedergelassenen Bereich können helfen, digitale Projekte voranzutreiben. Inwiefern sind diese in der aktuellen Legislaturperiode geplant? Derzeit haben wir im Regierungsübereinkommen keine Fördermittel vorgesehen. Wir müssen die

vorhandenen – personellen und finanziellen – Mittel so einsetzen, dass sie optimal genutzt werden. Ich habe den Eindruck, dass der Einsatz von digitalen Tools bei vielen Ärztinnen und Ärzten bereits gang und gäbe ist, da fängt man nicht bei Null an. Es ist wichtig, dass man mit anderen Begleitmaßnahmen, wie etwa optimalen Schnittstellen, das vorhandene Potenzial ausschöpft. Viele engagierte Ärztinnen und Ärzte haben etwa sehr gute Terminsysteme. Wenn man dieses gute Bestehende über Schnittstellen dann zu 1450 bringen kann, ist das auch in Hinblick auf die Patientenlenkung zum Vorteil. Man muss das Bestehende nützen und gegebenenfalls optimieren. Es gibt allerdings schon viele gute Projekte, auf denen man aufbauen kann.

Apropos Bestehendes nützen: Erst kürzlich hat die ÖGK EU-weit ein Vergabeverfahren ausgeschrieben, wonach ein Bieter mit der Beschaffung von umfassenden technischen und organisatorischen Dienstleistungen zur Bereitstellung eines österreichweit telemedizinischen ärztlichen





„DIGITALISIERUNG SOLL ALLEN NUTZEN UND EINEN MEHRWERT HABEN.“

spiel organisiert die Impftermine über 1450, weil es viele Impfservicestellen gibt.

Die digitalen Projekte, die erfolgreich waren, waren auch die, in denen die Ärzteschaft stark eingebunden war, Beispiel e-Impfpass. Auch bei der Erstellung der nationalen e-Health Strategie hat sich die ÖÄK eingebracht. Inwieweit ist geplant, weitere Gespräche miteinander zu führen? Die Absprache mit der Ärzteschaft ist notwendig und wichtig, um digitale Projekte gemeinsam weiterzuentwickeln. Es hat in der Vergangenheit Gespräche gegeben und wir werden natürlich diese Gespräche weiterführen. Ein wichtiges Thema ist ELGA: Ich bin davon überzeugt, dass ELGA gut ist. Auch die anfängliche Skepsis der Ärztinnen und Ärzte hat sich mittlerweile gelegt. Aber, und jetzt kommt das große Aber: Es ist einfach noch nicht so anwenderfreundlich, wie wir es bräuchten. Auch im Hinblick auf eine „Patient Summary“ ist

Mehrwert haben. Im Gesundheitswesen soll sie Ärztinnen und Ärzte soweit unterstützen, dass sie mehr Zeit für die Zuwendungsmedizin haben. Und auf Patientenseite soll die Digitalisierung helfen, Patientinnen und Patienten durchs Gesundheitssystem zu leiten. Damit ließen sich etwa auch Doppelbefundungen besser vermeiden, was natürlich auch finanzielle Mittel spart. Ein weiterer Aspekt ist die zentralisierte und qualitätsgesicherte Datensammlung für die Präventions- und Versorgungsplanung. Derzeit wissen wir nicht einmal gesichert, wie viele Menschen wir beispielsweise mit Diabetes oder Bluthochdruck haben - weil es bisher im niedergelassenen Bereich keine standardisierte, digitale Codie-

Angebots betraut wird. Was halten Sie davon? Ich finde, das ist eine gute Initiative. Meines Wissens nach ist die Überlegung, Patientinnen und Patienten über 1450 zu einem Telearzt oder einer Teleärztin weiter zu verbinden. Das erscheint mir vernünftig, weil Menschen nicht immer nur eine Auskunft holen, sondern tatsächlich auch gerne mit einem Arzt, einer Ärztin, sprechen möchten. Wenn 1450 tatsächlich auch mit Telemedizin arbeitet, dann schont das auch die Ressourcen im niedergelassenen Bereich, es erspart Wege und würde die Ambulanzen entlasten. Das ist eine Win-Win-Situation.

1450 ist bundesländerabhängig unterschiedlich ausgebaut. Ist geplant, die Hotline österreichweit zu vereinheitlichen? Wir haben aktuell eine Erhebung über die Angebote in den einzelnen Bundesländern gemacht, da sichten wir gerade die Ergebnisse. Wir planen eine Art bundesweites Basisprogramm. Wenn die einzelnen Bundesländer darüber hinaus mehr machen wollen, ist das natürlich sinnvoll. Wien zum Bei-



„GUTES DATENMATERIAL IST VORAUSSETZUNG FÜR DIE GESUNDHEITSPANUNG.“

es problematisch, wenn man in ELGA keine Suchbegriffe eingeben kann, und stattdessen pdf-Dateien durchscannen muss. Daher ist es umso wichtiger, mit der Ärzteschaft zu sprechen, um ELGA gut weiterzuentwickeln.

Welches Potenzial sehen Sie durch erfolgreich umgesetzte Digitalisierungsprojekte? Digitalisierung, egal ob im Sinne von Datensammlung, Datentransfer oder telemedizinischen Angeboten, soll allen nutzen und einen

rung nach ICD-10 gibt. Das ändern wir mit 1.1.2026: Dann müssen alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzte, Diagnosen verpflichtend und digital nach ICD-10 erfassen. Voraussetzung ist, dass alle im System bereit sind, die Daten zu erheben und weiterzugeben. Das wird einer unserer Schwerpunkte sein: Gutes Datenmaterial ist Voraussetzung für die Gesundheitsplanung. Ohne Daten sind wir im Blindflug unterwegs. ◀

EUROPÄISCHER RAUM FÜR GESUNDHEITSDATEN

EU BRINGT NEUEN WIND FÜR ELGA



Die elektronische Patientenakte ELGA ist in Österreich Dreh- und Angelpunkt, um die geforderte länderübergreifende Primärdatennutzung im Rahmen des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS) umzusetzen. Helene Prenner, Leiterin des Kompetenzzentrums für internationale Projekte bei der ELGA GmbH, spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über die Herausforderungen, Chancen und welche Rolle der EHDS bei der Steigerung der Gesundheitskompetenz spielt.

Die Verordnung zum European Health Data Space (EHDS) ist am 26. März in Kraft getreten. Was erwartet uns in den nächsten Jahren? Die Verordnung stellt einen Paradigmenwechsel für die europäischen Dateninfrastrukturen im Gesundheitswesen dar. Sie bringt zahlreiche neue Rechte und Pflichten – aber vor allem große Chancen für Patientinnen und Patienten, medizinisches Fachpersonal sowie Forschung und Innovation. Erstmals werden bestimmte digitale Gesundheitsdienste für alle EU-Mitgliedstaaten verpflichtend – darunter auch die Patient Summary. Der EHDS schafft die Grundlage für effizientere Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen, macht die Gesundheitssysteme zukunftsfit und eröffnet den Bürgern Zugang zu ihren eigenen Gesundheitsdaten – gerade im Hinblick auf die Gesundheitskompetenz ist das zu begrüßen. Neu ist auch, dass Bürgerinnen und Bürger zukünftig auch selbst Daten einbringen können.

Wie ist der Zeitplan? Bis 2027 wird die Europäische Kommission sogenannte Implementing Acts – also Durchführungsrechtsakte – erlassen, in denen einheitliche europäische Standards festgelegt werden. In Österreich haben wir mit ELGA bereits eine gute Aus-



„DATEN WIE ETWA
JENE ÜBER HERZMOBIL
KÖNNTEN EVENTUELL
DIREKT VON DEN
PATIENTINNEN UND
PATIENTEN IN DIE ELGA
ÜBERTRAGEN WERDEN.“

gangsbasis: Wir verwenden landesweit strukturierte Formate, etwa für Ambulanzbefunde oder Entlassberichte, die wir gemeinsam mit Gesundheitsberufen und Softwareherstellern in Arbeitsgruppen entwickelt und verabschiedet haben. Dieser Standard wird zukünftig von der Europäischen Kommission vor-

gegeben, damit beispielsweise ein Arzt in Österreich auf die medizinischen Daten eines spanischen Touristen zugreifen kann. Spannend ist aber das, was wir in vier Jahren umgesetzt haben müssen: Der EHDS schreibt nämlich vor, dass jeder Patient auf definierte Datenkategorien in einem einheitlichen Format Zugriff bekommen muss. Dazu gehören die Patient Summary und die e-Rezepte. Mit 2031 folgen die medizinischen Bilder und Befunde sowie die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen inklusive Laborbefunde und Entlassungsberichte. Das gilt sowohl für die nationale Verwendung als auch für den grenzüberschreitenden Datenaustausch. Was Letzteren betrifft, laufen bereits Projekte für den Austausch von e-Rezepten, sowie dem Empfang der Patient Summary, von Labordaten und Entlassungsbriefen aus EU-Mitgliedstaaten.

Die Patient Summary wird von Ärztinnen und Ärzten schon länger gefordert – und bis heute in Österreich nicht umgesetzt. Durch den EHDS wird die Umsetzung verpflichtend. Ziel ist es, dass in der Patient Summary Gesundheitsinformationen über bestehende Diagnosen, Allergien, Medikation, Operationen, Impfungen sowie Patientenverfügungen strukturiert dokumentiert



„DAS GEPLANTE DIAGNOSEMODUL IST EINES DER KERNELEMENTE, UM SPÄTER EINE PATIENT SUMMARY ERSTELLEN ZU KÖNNEN.“

sind. Dabei ist die Patient Summary immer in der Landessprache der Ärztinnen und Ärzte verfügbar. Es gibt definierte, verpflichtende Kategorien, etwa Medikation, Immunisierungen, Allergien und Diagnosen. Wir haben in Österreich bereits das e-Rezept, die e-Medikation, den e-Impfpass. Für eine europaweite Nutzung müssen diese allerdings technisch angepasst werden – hier stehen noch Umbauarbeiten an. Was die Diagnosen angeht, sind derzeit nur jene Diagnosen verfügbar, die in den Entlassungsbriefen aus den Spitälern angeführt sind. Eine flächendeckende, strukturierte Erfassung der Diagnosen fehlt in Österreich bisher. Gerade deshalb ist das geplante Diagnosemodul eines der Kernelemente, um später eine Patient Summary erstellen zu können.

Das wird sich durch die verpflichtende Diagnoseerfassung im ambulanten Bereich ab 1. Jänner 2026 ändern. Zur Vorbereitung haben wir mit dem e-Health Codierservice bereits eine wichtige Grundlage geschaffen. Dieses kostenfrei verfügbare Tool unterstützt Ärztinnen und Ärzte dabei, Freitextdiagnosen sowohl in SNOMED-codierte Daten als auch in ICD-10-Codes umzuwandeln. Das ist ein erster Schritt zur Patient Summary.

Wie sieht es mit den anderen Services aus, die bis 2031 umgesetzt sein müssen? Bilddaten und -befunde, Ergebnisse medizinischer Untersuchungen einschließlich der Laborergebnisse und Entlassungsberichte müssen dann sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Angehörige der Gesundheitsberufe abrufbereit sein. Diese Services

sind in ELGA bereits grundsätzlich verfügbar, müssen jedoch technisch und strukturell weiterentwickelt werden, um den Anforderungen an eine europaweite Interoperabilität zu entsprechen.

Wie soll der Zugriff auf die Gesundheitsdaten erfolgen? Der Zugang zu Gesundheitsdaten wird durch einen EU-weit einheitlichen Authentifizierungsmechanismus geregelt. Für Bürgerinnen und Bürger erfolgt dieser künftig über eIDAS, also die europäische digitale Identität – in Österreich entspricht das der ID Austria. Schon jetzt erfolgt der Login ins ELGA-Portal über die ID Austria, hier sind wir also bereits gut aufgestellt. Für den EHDS sind jedoch zusätzliche Funktionen zu integrieren, etwa was das Selbsteinbringen von Daten angeht oder auch die Verwaltung von Vertretungsrechten für Vertrauenspersonen, Kinder oder pflegebedürftige Angehörige. Zudem sollen Bürgerinnen und Bürger um Korrekturen ansuchen können, sollten Daten falsch vermerkt worden sein. Dafür müsste das bestehende ELGA-Portal technisch und inhaltlich überarbeitet werden.

Was ändert sich für Ärztinnen und Ärzte? Bisher erfolgte der Zugriff auf ELGA-Daten technisch über sogenannte Organisationsrollen, wie zum Beispiel bei Krankenanstalten. Das ist mit dem EHDS rechtlich zukünftig nicht mehr ausreichend, denn laut diesem muss ein sogenannter personenbezogener Zugriff erfolgen. Das bedeutet für den klinischen Alltag mit KIS, dass sich jeder Arzt oder jede Krankenschwester an den entsprechenden Geräten in den Krankenanstalten persönlich beim Abrufen von Daten authentifizieren muss. Das bedeutet eine grundlegende technische Änderung, wofür einiges an Absprachen benötigt werden, um eine gute, praxis-

taugliche Lösung für das Gesundheitspersonal zu finden.

Wie soll das Einbringen von Daten vom Patienten konkret erfolgen? Das ist ein sehr spannender Bereich, den wir in Österreich noch gar nicht umgesetzt haben. Da geht es beispielsweise darum, dass Daten von Gesundheits-Apps oder einer Health Watch zentral gespeichert und für Gesundheitsdienstleister abrufbar sind. So könnten eventuell Daten wie etwa jene über HerzMobil direkt von den Patientinnen und Patienten in die ELGA übertragen werden. Wie genau das umgesetzt wird, ist aktuell noch Gegenstand laufender Diskussionen in Europa. ◀

INFO

DATEN IM RAHMEN DES EHDS

Der European Health Data Space (EHDS) besteht aus den beiden Säulen der Primärdatennutzung sowie der Sekundärdatennutzung. Ersteres betrifft die direkte Versorgung. Bürgerinnen und Bürger erhalten Zugang zu ihren eigenen Daten, Angehörige der Gesundheitsberufe können EU-weit auf notwendige medizinische Informationen zugreifen. Mit der Sekundärdatennutzung gemeint ist die statistische, nicht personenbezogene Aufbereitung und Verwendung der Daten für Forschungszwecke und Versorgungsplanung. Dieser Bereich steht in Österreich noch am Anfang und bringt neue rechtliche und organisatorische Herausforderungen mit sich.

DIGITALISIERUNG

PATIENTENLENKUNG FUNKTIONIERT

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Regierungsprogramm klar zur Lenkung der Patientenströme und zum Ausbau der Gesundheitshotline 1450 als ersten Anlaufpunkt im System bekannt.

Im Interview mit Thorsten Medwedeff skizziert David Reif, Leiter der Gesundheitsberatung 1450 Wien, was insbesondere in Wien bereits sehr gut in Sachen Patientenlenkung funktioniert und welche Herausforderungen noch anstehen.

Seit wann gibt es die Gesundheitsberatung 1450? David Reif: Geburtsstunde war am 7. April 2017, dem Weltgesundheitstag. Damals haben Niederösterreich, Vorarlberg und Wien ein Pilotprojekt gestartet. Im Herbst 2019, wenige Monate vor dem Ausbruch der Corona-Pandemie, wurde österreichweit ausgerollt. Wir waren also schon vor der Pandemie, durch die 1450 plötzlich allen bekannt war, als telefonische Beratung für alle Gesundheitsfragen erreichbar.

Wer betreibt 1450 in Wien und wer sitzt am Telefon, wenn ein Patient anruft? Betrieben wird 1450 vom Fonds Soziales Wien. Zunächst kommen Anrufer zum ersten Level, wo unter anderem ihre Stammdaten erfasst werden. Zusätzlich können in diesem Schritt schon ausgewählte Services genutzt werden. Im zweiten Level übernehmen speziell geschulte, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die triagieren und die optimale Versorgung empfehlen.

Sie haben weitere Services im ersten Level angesprochen. Welche sind das? Richtig! Hier können zum Beispiel Impftermine über das Impfservice der Stadt Wien gebucht werden.



„PATIENTENLENKUNG
FUNKTIONIERT,
DAS KANN ICH MIT ÜBER-
ZEUGUNG SAGEN.
WICHTIG IST, DASS WIR
SYNERGIEN NUTZEN.“

Wir bieten außerdem das Service der Geburtsinfo Wien an. Dieses richtet sich an werdende Eltern und insbesondere an Schwangere. So haben Schwangere die Möglichkeit, sich über das System zu registrieren und anzugeben, in welcher Klinik sie ihr Kind bekommen möchten. 9.500 Frauen haben sich im Vorjahr für eine Geburt angemeldet und ihre Wunschklinik bekannt gegeben, das ist mehr als die Hälfte aller werdenden Mütter in Wien. Und die Quote lässt sich sehen: 93 Prozent der Anruferinnen erhalten ihren Wunschplatz.

Zurück zur klassischen Gesundheitsberatung, die 1450 anbietet – wie geht es nach dem 1st Level weiter? Im 2nd Level sprechen die Anrufer dann mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die allesamt eine Zusatzausbildung zur Emergency Communication Nurse mit abschließender Zertifizierung gemacht haben. Hier sitzen also echte Expertinnen am Telefon. Sie nehmen sich auch die nötige Zeit – ein Gespräch dauert durchschnittlich 12 Minuten. Und das Allerwichtigste: Am Anfang wird immer abgeklärt, ob es sich um einen Notfall handelt. Im Fall des Falles können wir direkt an die Berufsrettung Wien über-



Wie hoch ist die Erfolgsquote – lässt sich das messen? Durch das Stecken der E-Card können wir sehen, wie viele Anrufer unserer Empfehlung gefolgt sind und in welchem Zeitraum eine Versorgung erfolgt ist. Das alles ist natürlich pseudonymisiert und auf Personenebene nicht verfolgbar. Die Patientenlenkung über 1450 wirkt: Wir sehen, dass über 70 Prozent unserer Handlungsempfehlungen innerhalb des empfohlenen Zeitraums folgen. Unsere Experten befragen auch immer wieder die Anrufer: Was hätten sie getan, wenn sie nicht 1450 angerufen hätten? Die Antwort lautet zumeist: Ich hätte die Rettung gerufen oder wäre ins Spital gefahren. Übrigens hat auch die Rettung die Möglichkeit, Anrufe an uns weiterzuleiten, die ganz klar nicht als Notfall eingestuft und daher niedrigpriorisiert wurden. Im vergangenen Jahr waren dies mehr als 18.000 Anrufe. Wir konnten 80 Prozent davon in andere Versorgungsstrukturen umleiten. Sie wurden dort entsprechend ihrer Beschwerden optimal behandelt – eine Rettungsausfahrt war aber dadurch nicht notwendig.

Im Programm der Regierung gibt es ja auch ein Bekenntnis zur Patientenlenkung und zum österreichweiten Ausbau von 1450 – also der richtige Weg? Patientenlenkung funktioniert, das kann ich mit Überzeugung sagen. 1450 entlastet sowohl das Sozialversicherungssystem als auch die Spitalsambulanzen und reduziert nicht notwendige Rettungsausfahrten. In Wien funktioniert das schon gut, obwohl wir natürlich die Herausforderungen einer großen Stadt haben. In den Bundesländern gibt es andere regionale Gegebenheiten und daher teilweise auch andere Herausforderungen. Wichtig ist, dass wir Synergien nutzen. Es gibt überall tolle Projekte, wir müssen nicht immer das Rad neu erfinden, sondern schauen, was wir sinnvoll gemeinsam umsetzen können. <

„ÜBER 70 PROZENT FOLGEN DEN HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN INNERHALB DES EMPFOHLENE ZEITRAUMS.“

geben. Bei der Triage gilt für die Abfrage immer diese Reihenfolge: Ist es ein Notfall? Ist es akut? Braucht es einen Hausarzt- oder PVE-Termin oder genügt die Selbstbehandlung? Wir arbeiten hier mit einem international anerkannten, protokollgestützten, lizenzbasierten Expertensystem namens Low-Code, das ständig weiterentwickelt und evaluiert wird.

Apropos Hausarzt, es gibt auch die Möglichkeit zur direkten Terminbuchung ... Korrekt. Ich muss aber betonen, dass wir dafür nur die bestehenden Termin-Slots nutzen und die Ärzte und PVEs nicht mit den über 1450 kommenden Patienten überrollen. Die Ärztinnen und Ärzte behalten natürlich die Hoheit über ihre Termin-

kalender. Und sie können im System auch ganz eindeutig sehen, dass der Patient von uns eingebucht wurde. Durch die fixen Termine gewinnt auch der jeweilige Arzt Planungssicherheit und die jeweiligen Kapazitäten können optimal genutzt werden.

Wie viele Anrufe und somit medizinische Anliegen werden bei 1450 erledigt? Erreichbar sind wir 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr. Rund 1.500 Anrufe gehen aktuell pro Tag ein, bei denen mein Team eine Dringlichkeits-einstufung vornimmt. Mehr als 50 Prozent werden nach erfolgter Triage in den niedergelassenen Bereich vermittelt, bei einigen Anruferinnen und Anrufern bleibt es aber auch bei Selbstbehandlungstipps.

DIGITALISIERUNG

DIE ZUKUNFT DER SPITALSSTEUERUNG



Der Gesundheitssektor steht weltweit unter wachsendem Druck – die Ursachen: steigende Patientenzahlen, chronischer Personalmangel, knappe Budgets und die zunehmende Komplexität der medizinischen Prozesse, insbesondere in den Spitälern.

Vor allem in den USA werden seit einigen Jahren sogenannte „Hospital Command Centers“ als zentralisierte Steuerungseinheiten eingesetzt, um die Herausforderungen im Spital zu meistern. Rudolf Knapp, Primarius und Radiologe im Bezirkskrankenhaus Kufstein sowie stellvertretender Obmann der Bundeskurie angestellte Ärzte (BKAÄ) der ÖÄK, skizziert im Interview mit Thorsten Medwedeff, die Vorteile dieses zentralen Prozessmanagement-Tools.

Was genau kann man sich unter einem „Hospital Command Center“ vorstellen? Rudolf Knapp: Ein Hospital Command Center ist eine zentrale Schaltstelle innerhalb eines Spitals, die mit modernster Technologie ausgestattet ist, um in Echtzeit Informationen aus dem gesamten Haus zu bündeln. Dies umfasst sowohl Daten aus den Notaufnahmen, Stationen, und OP-Sä-

len als auch Informationen zur Bettenbelegung und Personalverfügbarkeit, aber auch Versorgungsprozesse und sogar externe Datenquellen wie Rettungsdienste oder Wetterdienste sind eingebunden. Medizin, Pflege, Logistik und Administration arbeiten eng zusammen, unterstützt durch fortschrittliche Datenanalyse- und Visualisierungssysteme. Ziel ist es, operative Abläufe proaktiv zu steuern, Engpässe frühzeitig zu erkennen und Entscheidungen faktenbasiert und noch schneller treffen zu können.

Analog zur „Mission Control“ der NASA gibt es im Hospital Command Center die „Wall of Analytics“, was genau ist das? Die Wall of Analytics ist das Zentrum des Steuerungszentrums – eine große, interaktive Datenwand, die alle relevanten Kennzahlen, Prozesse und Zustände in Echtzeit visualisiert. Diese digitale Kommandozentrale

ist auch weit mehr als ein Dashboard: Sie integriert KI-gestützte Analysen, Vorhersagemodelle und Handlungsempfehlungen, um eine vorausschauende Spitalsteuerung zu ermöglichen.

Welche Informationen können dort zum Beispiel entnommen werden?

Die Informationen sind extrem breit gefächert und führen von der Auslastung der OP-Säle bis hin zu einer Prognose der Bettenauslastung über Wartezeiten in den Notaufnahmen oder die Personalverfügbarkeit, aber gleichzeitig lassen sich auch die Medikamenten- und Materialverfügbarkeit oder der Transport- und Reinigungsstatus im Krankenhaus abrufen.

Was ist das Ziel dieser allumfassenden Steuerung und Kontrolle?

Ziel ist es, die „Silos“ der medizinischen Versorgung aufzubrechen und dadurch eine höhere Versorgungsqualität zu er-



halten. Genau das gelingt, wenn wir die Interdisziplinarität steigern, wenn wir Wartezeiten und Redundanzen vermeiden, wenn wir Lösungen für den Fachkräftemangel erarbeiten und Ressourcenengpässe vermeiden. Genau dabei hilft uns die zentrale Steuerung aller Prozesse. Die Transparenz, die dieses System mit sich bringt, erlaubt es den Verantwortlichen, Engpässe frühzeitig zu erkennen, Ressourcen optimal zu verteilen und patientenorientierte Entscheidungen zu treffen.

... und davon profitieren wiederum die Ärzteschaft, aber vor allem die Patientinnen und Patienten? Vollkommen richtig. Ärztinnen und Ärzte können sich total auf ihre klinisch-praktischen Kernaufgaben konzentrieren, das gilt ebenso für die Pflege. Folglich bringt das sowohl für die Mediziner als auch für die Pflegekräfte einen kräftigen Schub für die Motivation. Das wiederum macht den Arbeitsplatz Spital attraktiver – eine Maßnahme, die wir in Zeiten akuten Personalmangels dringend brauchen. Und obendrauf auf diese Win-Win-Situation kommt ein drittes Plus für die Patienten mit kürzeren Wartezeiten sowohl bei der Aufnahme,



Rudolf Knapp

als auch bei der Behandlung und letztlich bei der Entlassung. Das Steuern der Prozesse führt zu einer besseren und effizienteren Versorgungsqualität und dazu, dass die Ärztinnen und Ärzte wieder mehr Zeit für die Patientenbehandlung generieren können.

Apropos Zeit: Kann das Hospital Command Center auch dazu beitragen, die Bürokratie und Administration in den Spitälern zu verringern? Absolut! Administrative Aufgaben wie das Erfassen von Belegungszahlen, das Einpflegen

von Daten, die Abstimmung zwischen den einzelnen Stationen oder manuelle Eskalationsmeldungen – zum Beispiel, dass keine Betten mehr verfügbar sind oder ein Transportdienst fehlt – werden durch das Command Center automatisiert. Diese ‚manuelle Feuerwehrarbeit‘ entfällt, wenn das System proaktiv und datenbasiert auf kritische Zustände hinweist und eingreift.

Wo gibt es bereits Command Center in den Spitälern und wann ist es bei uns soweit? Sie sind derzeit vor allem in den größeren, digitalaffinen Spitälern und Klinikverbänden in den USA, Kanada, Großbritannien und den Niederlanden, aber auch bei unseren Nachbarn in Deutschland und der Schweiz im Einsatz – Tendenz stark steigend. Die bei uns bekanntesten Kliniken, die darauf setzen sind das Johns Hopkins Hospital in Baltimore, das Universitätsklinikum in Essen und das Inselspital in Bern. Österreich ist, was das betrifft, noch ein weißer Fleck auf der Landkarte, aber ich rechne schon damit, dass bis 2030 auch bei uns die größeren Kliniken erste konkrete Schritte in Richtung ‚Wall of Analytics‘ machen werden. <



MEDIZINISCHE DATEN

DIAGNOSEN ERFASSEN – ABER RICHTIG

Die Erfassung tagesaktueller Diagnosen kann ein aufkommendes Infektionsgeschehen abbilden. Die derzeit geplante, gesetzlich festgelegte Diagnoseerfassung erfüllt diesen Zweck nicht und würde auch Doppelarbeiten im Hinblick auf die Umsetzung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten bedeuten, kritisiert die Österreichische Ärztekammer. Gespräche mit dem Gesundheitsministerium laufen.

Sophie Niedenzu

Was steckt hinter der Abkürzung „AMBCO“? Damit gemeint ist die so genannte ambulante Leistungs- und Diagnosedokumentation: ab 1. Jänner 2026 müssen alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – Kassenärzte sowie Wahlärzte – Diagnosen strukturiert erfassen. Ziel ist es, ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-medizinische Zwecke zu verwenden. Zur Unterstützung für die Dokumentation und Erfüllung der gesetzlichen Diagnosepflicht hat die ELGA GmbH in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer das öffentliche „e-Health-Codierservice“ entwickelt. Dieses bietet die strukturierte Sprache der Medizin, SNOMED CT, an und verknüpft die Diagnose automatisch mit dem gesetzlich geforderten ICD-10. Das bedeutet konkret: Der Arzt erstellt wie bisher eine Freitextdiagnose, für die dann automatisch mit Hilfe des e-Health-Codierservices

strukturierte, erfassbare Diagnosevorschläge zur Auswahl angezeigt werden.

DIAGNOSE VON ABRECHNUNG TRENNEN

„Der Teufel steckt im Detail“, sagt der Allgemeinmediziner Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Derzeit ist im Projekt AMBCO nämlich die Übermittlung der Diagnosedaten über mehrere Instanzen vorgesehen. Die erste davon ist die Sozialversicherung, die von den Kassenärzten die Leistungen in unterschiedlichen Zeitintervallen abrechnet – bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) erfolgt die Leistungsabrechnung etwa immer zum Quartalsende. Nach der Verrechnung durch die Sozialversicherung übermittelt diese die Daten über eine

vorgelagerte Pseudonymisierung-Stelle an den Dachverband. Von dort gelangen die Daten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Damit würde es drei bis sechs Monate dauern, bis die Diagnosedaten in der Gesundheitspolitik ankommen: „Wenn die Übermittlung der Daten jedoch getrennt von der Abrechnung läuft, könnten wir annähernd tagesaktuelle Krankheitsdaten bekommen“, sagt Wutscher. Gerade bei einem aufkommendem Infektionsgeschehen sei das durchaus sinnvoll. Aus diesem Grund plädiert die Österreichische Ärztekammer für eine Trennung der Abrechnungs- und Diagnosedaten.

EUROPAWEITE, PATIENTENZENTRIERTE DIAGNOSEERFASSUNG

Ein weiterer Aspekt, der für die Trennung von Abrechnungs- und Diagnosedaten spreche, sei, dass die Datenqualität im Hinblick auf den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) bei einer Abkoppelung von der Abrechnung besser sei, betont Alexander Moussa, Leiter des Referats „eHealth in Ordinationen“ der



EHDS-POSITIONS-
PAPIER ÖGTELEMED



GESUNDHEITS-
MINISTERIUM AMBCO





Österreichischen Ärztekammer und Generalsekretär der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTelemed): „Kernbestandteil des EHDS ist eine gute Patient Summary, die beispielsweise relevante Informationen zu Vorerkrankungen, Medikamenten oder Allergien beinhalten soll, was besonders in Akutsituationen oder bei grenzüberschreitender Versorgung wichtig ist“, erklärt er. Gesundheitsinformationen müssten einheitlich, semantisch eindeutig und international anschlussfähig dokumentiert werden: „Wir müssen in Österreich weg vom abrechnungsorientierten System hin zu einer patientenzentrierten, klinisch relevanten Diagnoseerfassung“, betont Moussa. Die im AMBCO geplante ICD-10-basierte Datenübermittlung müsse gestoppt und das Projekt mit dem Hintergrund des EHDS neu umgesetzt

werden: „Die ICD-10-basierte Datenerfassung orientiert sich an statistischen und abrechnungsrelevanten Vorgaben, sie erfüllt aber nicht die Kriterien für eine qualitative Patient Summary, wie wir sie für den EHDS benötigen“, erklärt er. Er verweist auf ein Papier der ÖGTelemed (siehe QR-Code): „Wenn in Österreich die ambulante Leistungs- und Diagnosedokumentation in der geplanten Form kommt, dann haben wir für die EHDS-Umsetzung ineffiziente, ressourcenbindende Doppelarbeiten, die man vermeiden könnte“, sagt Moussa. Die Alternative einer so genannten „e-Diagnose“ sei Basis für eine gute Patient Summary, die Kernbestandteil des EHDS sei. Neben den relevanten medizinischen Informationen ermögliche der EHDS, Medikamente EU-weit digital zu verordnen und abzurechnen. Damit könne eine durchgehende

medikamentöse Versorgung, unabhängig vom Aufenthaltsort ermöglicht und Versorgungslücken bei chronisch Kranken vermieden werden.

GESPRÄCHE MIT MINISTERIUM

Das Gesundheitsministerium zeige sich jedenfalls gesprächsbereit, berichtet Wutscher: „Es laufen aktuelle Gespräche, dass ein Programm erstellt wird, um zukünftig auch die Patient Summary einpflegen zu können“, sagt er. Das sei natürlich auch im Interesse des Gesundheitsministeriums, denn damit könne es langfristig Kosten sparen. Wutscher zeigt sich daher optimistisch: „Wir werden hier sinnvolle Lösungen finden, um Doppelarbeiten zu vermeiden und Ressourcen zu sparen“, sagt der ÖÄK-Vizepräsident.



E-CARD-SYSTEM

„FRISS, VOGEL, ODER STIRB“

Wahlärzte werden ab nächstes Jahr das e-card-System nutzen. Im Vorfeld dazu gibt es Diskussionsbedarf zu einer Nutzungsvereinbarung. Die Österreichische Ärztekammer fordert eine klare Trennung der gesetzlichen Verpflichtungen von zusätzlichen freiwilligen Modulen.

Sophie Niedenzu

Wenn schon, denn schon: Das sei der Grundtenor in Vorbereitung auf die gesetzliche Verpflichtung gewesen, wonach Wahlärzte ab 1. Jänner 2026 das e-card-System verwenden müssen: Wenn schon eine Verpflichtung zur Nutzung bestehe, sollten zumindest alle Funktionalitäten freigeschaltet werden, analog zu den Kassenärzten: „Das wurde uns sowohl vom Gesundheitsministerium als auch vom Dachverband im März dieses Jahres vollumfänglich zugesagt“, erinnert sich Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Soweit, so gut. Jedoch: „Die SVC (Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft, die für e-card-System und ELGA zuständig ist, Anm.) hat eine Nutzungsvereinbarung für e-card-Funktionen online gestellt, die vorgibt, ident mit jener der Vertragsärzte zu sein“, ergänzt Momen Radi, Leiter des Referats für Wahlärzte. Und genau diese online publizierte Nutzungsvereinbarung der SVC sei problematisch: „Damit wird der Eindruck erweckt, als ob die gesetzliche Verpflichtung zu den ELGA-Anwendungen unmittelbar mit der Nutzungsvereinbarung der e-card-Funktionalitäten zusammenhängt, tatsächlich handelt es sich aber um zwei verschiedene Ge-



„WAHLÄRZTE WÜRDEN DAMIT EINE UMFANGREICHERE VERPFLICHTUNG ALS DERZEIT KASSENÄRZTE EINGEHEN.“

Edgar Wutscher

setze, das Gesundheitstelematikgesetz und das ASVG, die hier unzulässig vermischt werden“, kritisiert Wutscher. Es gebe zwei Optionen für eine allfällige Nutzung der e-card-Infrastruktur: Die e-card Basis Wahlpartner-Option entspricht dem Anschluss an die e-card-Infrastruktur zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen per 1.1.2026. „Für diese Option ist jedoch keine Vereinbarung zur Nutzung der e-card Services zu unterfertigen“, stellt Wutscher klar. Die „e-card Plus-Wahlpartner“-Op-

tion sei jene, die nun für Unmut sorgt. „Hier müssen noch Gespräche mit der Sozialversicherung stattfinden, daher empfehlen wir weiterhin allen Wahlärzten, Abstand von einem Abschluss der Vereinbarung zu nehmen“, sagt er.

DRUCKMITTEL REZEPTURBEWILLIGUNG

Grund dafür: Anwendungen wie e-Zuweisung (e-Kos) und e-Verordnung seien bislang noch nicht mit den Vertragsärzten verhandelt worden, da weder medizinischer noch administrativer Nutzen bestehe: „Aber Wahlärzte müssten jetzt schon eine entsprechende Verpflichtung eingehen – das kann sich nicht ausgehen“, sagt Wutscher. Und Radi ergänzt: „Über die Hintertür versucht man mit einem Knebelvertrag nach dem Motto ‚Alles oder Nichts‘ die Wahlärzte – und damit indirekt auch die Vertragsärzte – in die Pflicht zu nehmen.“ In weiterer Folge habe die SVC sogar gedroht, dass eine bereits bestehende Rezepturbewilligung wieder abgenommen wird – obwohl die SVC gar nicht die Kompetenz habe, dies zu beurteilen: „Auch wenn die SVC als Teil des Dachverbands betont, dass diese Vereinbarung ja freiwillig sei, kalkuliert sie offenbar damit, dass viele Wahlärzte aus Unkenntnis der Sachlage und unter dem Druck des Re-



„WESENTLICH SINNVOLLER
IST ES, DASS SICH JEDER
WAHLARZT SEIN
PASSENDES MODUL
AUSSUCHEN KANN.“

Momen Radi

zepturrechts unterschreiben werden“, kritisiert Wutscher. Zudem hält er fest, dass die SVC das Gespräch mit der Ärztekammer ablehnte, ohne Abstimmung mit den politischen Funktionären der Sozialversicherungen handelte und da-

mit de facto eine Umgehung des ASVG begeht: „In diesem ist ausdrücklich festgeschrieben, dass sämtliche Vereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten nur mit der Ärztekammer und deren Zustimmung abgeschlossen werden dürfen“, erklärt Radi.

MODULE SELBST AUSSUCHEN

Wutscher fasst zusammen: „Diese ‚Vereinbarung‘ bedeutet „Friss, Vogel, oder stirb“. Wahlärzte würden damit eine wesentlich umfangreichere Verpflichtung als derzeit Kassenärzte eingehen.“ Gleichzeitig werde von der SVC betont, die Vereinbarung sei freiwillig, daher sehe sie keinen Gesprächsbedarf mit der Ärztekammer. Aus Sicht der Ärztevertreter gebe es folgende Lösung: „Wesentlich sinnvoller und patien-

tenfreundlicher ist es, dass sich jeder Wahlarzt sein passendes Modul aussuchen kann. Nur eine rechtlich saubere und fair verhandelte Lösung schafft Vertrauen und Akzeptanz bei allen Ärztinnen und Ärzten“, sagen Wutscher und Radi. Folgende Herangehensweise sei daher sinnvoll:

- Neuverhandlung einer Nutzungsvereinbarung in transparenter Abstimmung mit der Ärztekammer
- Sofortige Entfernung des aktuellen Vertragsvorschlags von der Homepage der SVC/ÖGK
- Überführung bereits unterschriebener Vereinbarungen in eine neu und korrekt verhandelte Fassung
- Klare Trennung der gesetzlichen Verpflichtungen (ELGA-Anwendungen) von zusätzlichen freiwilligen Modulen
- sich jeder Wahlarzt sein passendes Modul aussuchen kann.“

GESETZLICH FESTGELEGTE DIGITALISIERUNGSPROJEKTE AB 2026

Wahlärzte:

Ab 01.01.2026 sind Wahlärzte, entsprechend den technischen – mit verhältnismäßigem Aufwand verbundenen – Voraussetzungen, gesetzlich verpflichtet,

- die e-card und die e-card-Infrastruktur zu nutzen, also die Identität der Patientinnen und Patienten und die rechtmäßige Verwendung (= Gültigkeit) der e-card zu prüfen.
- die Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) zu verwenden: Das betrifft insbesondere die Verwendung der e-Medikation, das Speichern von e-Befunden (gilt seit 01.01.2025 für Labor- und Radiologiebefunde) und – so erforderlich – die Erhebung der Gesundheitsdaten in ELGA.
- den elektronischen Impfpass (e-Impfpass) zu nutzen und verabreichte Impfungen verpflichtend (aktuell: Grippeimpfung, Corona-Schutzimpfung, HPV-Impfung und Impfung gegen Mpox) dort zu dokumentieren.
- zu sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähigen Leistungen eine codierte Diagnose- und Leistungsdokumentation vorzunehmen (Anmerkung: hier finden aktuell noch Gespräche mit dem BMASGPK statt).

Ausnahmen von dieser gesetzlichen Verpflichtung bestehen

- für Ärztinnen und Ärzte, die gutachterliche Aufträge erfüllen, Arbeitsmediziner, Wohnsitzärzte mit Ausnahme ihrer Vertretungstätigkeit in Ordinationsstätten, sowie
- bei einem sogenannten „Opt-out“ des Patienten (gemäß § 16 GTeIG 2012) (Anm.: „Opt-out“ ist hinsichtlich e-Impfpass nicht möglich)

- wenn die dafür notwendigen technischen Voraussetzungen mit einem unverhältnismäßigen Aufwand für freiberufliche Ärztinnen und Ärzte verbunden sind.

Hinweis: Wird von der Ausnahme Gebrauch gemacht, sind die Patientinnen und Patienten vor Durchführung der ärztlichen Leistungen hierüber zu informieren.

Interpretation zur „Verhältnismäßigkeit“:

Zur Verhältnismäßigkeit erläutert der Gesetzgeber unter anderem, dass „der [...] Mehraufwand in Relation mit den Einnahmen und dem zeitlichen Umfang der Wahlärztztätigkeit zu stehen“ hat. Vor diesem Hintergrund und zur Unterstützung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte in der Fragestellung der Anbindung hat das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz folgende Interpretation zur Verhältnismäßigkeit (gemäß § 49 Abs. 7 ÄrzteG 1998) zur Verfügung gestellt:

- Die Grenze für das Vorliegen der Verhältnismäßigkeit – mit 01.01.2026 – wird bei 300 verschiedenen Patientinnen und Patienten pro Jahr angenommen (unabhängig vom Träger der Krankenversicherung, insbesondere auch KFA-Teilnehmer und privatversicherte Personen).
- Ebenso wird bei gemeinsamer Nutzung der e-card-Infrastruktur (z.B. im Rahmen von Gruppenpraxen, Ordinations- und Apparategemeinschaften), bei Ärztinnen und Ärzten, die Einzelverträge lediglich zu einzelnen Krankenversicherungsträgern (z.B. ausschließlich SVS oder BVAEB) oder einen VU-Vertrag abgeschlossen haben, sowie bei

ehemaligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit nunmehriger Wahlärztztätigkeit von einer Verhältnismäßigkeit grundsätzlich ausgegangen. (Anm.: d.h. aber nicht, dass in den angeführten Konstellationen eine Verhältnismäßigkeit automatisch vorliegt!)

- Unberührt davon bleiben sich in der Praxis ergebende Härtefälle (z.B. in Aussicht genommene Beendigung der Tätigkeit oder Umzug in das Ausland).
- Diese Interpretation ist eine unterstützende Orientierung für Ärztinnen und Ärzte und es ist stets im Einzelfall die Verhältnismäßigkeit auf Basis der individuellen Gegebenheiten vom Wahlarzt abzuwägen und allenfalls zu vertreten.

Kassenärzte:

Verpflichtende Übermittlung der codierten Diagnosen- und Leistungsdaten im Kassenbereich (AMBCO) im Wege der Abrechnung über den DVP

Ärztinnen und Ärzte mit Hausapotheke:

Ab 01.01.2026 muss der Dachverband der SV-Träger für alle Versicherten ein individuelles Heilmittelkostenkonto führen, welches nicht nur die Rezeptgebühren, sondern alle verordneten und erstattungsfähigen Medikamente berücksichtigen muss. Es muss daher eine tägliche Übermittlung der abgegebenen Medikamente – auch wenn diese unter die Rezeptgebühren fallen – erfolgen. Weiters muss zum Zweck der Versorgungsforschung auch eine monatliche Übermittlung aller abgegebenen Medikamente erfolgen.

Artur Wechselberger, Wolfgang Moritz, Eva Gartner

CIRSmedical: Aus Fehlern lernen

50 ausgewählte Fälle

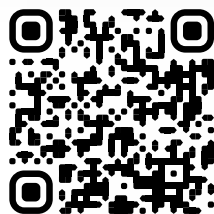
Das webbasierte elektronische Fehler- und Beinahe-Fehler-Berichts- und Lernsystem CIRSmedical.at wird seit über 15 Jahren erfolgreich zur Erhöhung der Patientensicherheit in Österreich eingesetzt.

Nun erfasst erstmals ein Buch 50 Meldungen zu Vorfällen hinsichtlich Medikamenten-, Dokumentations-, Kommunikations- oder Organisationsfehlern.

Das angeschlossene Feedback des CIRS-Teams sowie Fach- bzw. Leserkommentare tragen dazu bei, derartige unerwünschte Ereignisse in Zukunft zu vermeiden.

€ 19,90

1. Auflage, 112 Seiten
Format: 16,5 x 23,5 cm
ISBN: 978-3-99052-318-6



Ich bestelle Expl. „CIRSmedical: Aus Fehlern lernen“
um € 19,90/Stück zzgl. € 3,90 Versandkosten



Vorname/Zuname:

Straße/Hausnr./Stiege/Türnr.:

PLZ/Ort:

Datum/Unterschrift:

Es gelten unsere AGB für den Buchverkauf. Diese, die Widerrufsbelehrung und die Datenschutzerklärung finden Sie unter www.aerzteverlagshaus.at

Bitte senden Sie den leserlich ausgefüllten Bestellschein an:

Verlagshaus der Ärzte GmbH, Nibelungengasse 13, 1010 Wien // Tel. 01/512 44 86-19 // Fax: 01/512 44 86-24
E-Mail: office@aerzteverlagshaus.at // www.aerzteverlagshaus.at/shop

DIGITALE PROJEKTE

MEHRWERT STATT
MEHRARBEIT

Alexander Moussa, Leiter des Referats für eHealth in Ordinationen und Generalsekretär bei der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTelemed), spricht im Gespräch mit Sophie Niedenzu über die Flut an Digitalisierungsprojekten, fehlende Finanzierungspläne und standardisierte Formate bei der digitalen Patientendokumentation.

Die ambulante Leistungs- und Diagnosedokumentation ist nur ein Beispiel für digitale Projekte, die in naher Zukunft umgesetzt werden sollen. Wie ist Ihr Zwischenresümee? Hier gibt es enormen Gesprächsbedarf. Denn in der geplanten Form, in der die ambulante Leistungs- und Diagnosedokumentation ab 1. Jänner 2026 kommen soll, bietet sie keinen Mehrwert. Diagnose und Leistung müssen voneinander getrennt werden, nur so können die medizinischen Daten auch für die Versorgungsforschung verwendet werden, nämlich auch im Hinblick auf die Umsetzung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS).

Was sind die größten Herausforderungen? Digitale Projekte müssen vor allem eines: einen Mehrwert – und keine Mehrarbeit – schaffen. Und zwar sowohl für jene, die die digitalen Lösungen beauftragen als auch für jene, die die digitalen Lösungen in ihrem Arbeitsalltag integrieren müssen. Die Umsetzung des e-Impfpasses hat etwa ausgezeichnet funktioniert. Hier waren auch alle von vornherein eingebunden und wir haben uns als Ärzteschaft auch sehr gut einbringen können. Die aktuelle Situation ist aber so, dass wir eine Flut an Digitalisierungsprojekten haben und das stellt uns vor massive Herausforderungen.

Welche konkret? Softwarefirmen haben sich bereits zu Wort gemeldet, dass



„EDV-PROJEKTE FUNKTIONIEREN NUR, WENN SIE GEMEINSAM GESTALTET, DEFINIERT, FINANZIERT UND SCHRITTWEISE AUSGEROLLT WERDEN.“

sie angesichts des Ausmaßes der digitalen Projekte, die gesetzlich verpflichtend umzusetzen sind, an ihre Grenzen stoßen – personell und finanziell. Wir können uns dem nur anschließen: Es braucht eine adäquate Finanzierung der Digitalisierung im Gesundheitssystem. Die politisch induzierten Digitalisierungsmaßnahmen sind in der aktuellen

Form für niedergelassene Ärzte nicht abbildbar. Es ist nicht einzusehen, dass diese die Kosten für die technische Infrastruktur, Softwareumstellungen und laufende digitale Anpassungen selbst tragen sollen. Allein die automatische Diagnoseerfassung müsste finanziell von Ärztinnen und Ärzten einmalig gestemmt werden, hinzu kommen die Kosten für die monatlichen Servicebeiträge. Im Spitalsbereich werden die notwendigen Mittel für Digitalisierung direkt über die Spitalsfinanzierung bereitgestellt, im niedergelassenen Bereich fehlen vergleichbare Finanzierungsmechanismen.

Wie soll die Lösung aussehen? Die Kosten müssen auch vom Auftraggeber, also dem Bund, getragen werden. Die Finanzierung der Digitalisierung im Gesundheitswesen muss gemeinsam definiert werden und es müssen entsprechende Mittel zufließen. Leider wird das Pferd nach wie vor oft von hinten aufgezäumt: Das Gesetz legt Stichtage fest, bevor ein digitales Projekt technisch entwickelt und pilotiert wurde – und es fehlt ein Finanzierungsplan. EDV-Projekt stellen Change-Prozesse im Arbeitsalltag dar. Sie funktionieren nur, wenn sie gemeinsam gestaltet, definiert und finanziert und schlussendlich schrittweise ausgerollt werden. Bei der e-Medikation und dem e-Impfpass hat das funktioniert, hier gab es Förderungen und einen gemeinsamen Willen. In anderen Staaten



gibt es übrigens Zuzahlungen für die technische Infrastruktur bei digitalen Projekten in der Gesundheit, um den laufenden Betrieb in einer Arztpraxis mit zu finanzieren.

Welche Probleme ergeben sich bei der digitalen Patientendokumentation im Falle eines Softwarewechsels, etwa aufgrund von Pensionierung oder Praxisübernahme? Vor vielen Jahren waren die Datenbanken klein und sehr textzentriert. Mittlerweile ist die Patientendokumentation digital und wesentlich umfangreicher. Derzeit gibt es viele Brüche, wenn Ärztinnen und Ärzte die Arztsoftware wechseln. Die Herausforderung ist, dass der rohe Datensatz nicht ohne Hindernisse und Fremdhilfe in eine neue Software integrierbar ist. Manche Softwareanbieter stellen die Daten nicht in einem standardisierten, maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Das kann im schlimmsten Fall dazu führen, dass wichtige Patientendaten verloren gehen oder nur unvollständig übertragen werden.

Wie kann hier eine Lösung aussehen? Wir haben vor einigen Jahren den so genannten Normdatensatz entwickelt. Das ist ein international anerkannter technischer Standard, der es ermöglicht, Patientendaten aus dem Arztsoftwaresystem in einem einheitlichen und strukturierten Format zu exportieren. Das bedeutet: medizinische und administrative Informationen können so gespeichert und weitergegeben werden, dass sie systemunabhängig lesbar und verwertbar bleiben. Nur so können wir die optimale Patientenversorgung gewährleisten. Der Normdatensatz soll einen dauerhaften Zugriff auf die Patientendokumentation nach DSGVO gewährleisten, wenn Ärzte beispielsweise ihre Tätigkeit einstellen. Mittlerweile gibt es bereits den weiterentwickelten Standard, den Normdatensatz2.

Wie kommen Ärztinnen und Ärzte zu diesem Standard? Der Normdaten-

„ES IST NICHT EINZU-
SEHEN, DASS
NIEDERGELASSENE
ÄRZTE DIE KOSTEN FÜR
DIE TECHNISCHE INFRA-
STRUKTUR, SOFTWARE-
UMSTELLUNGEN UND
LAUFENDE DIGITALE
ANPASSUNGEN SELBST
TRAGEN SOLLEN.“

satz2 ist in der ELGA-Umgebung für die Softwareindustrie zum Testen verfügbar. Das heißt: Hier müssen die Softwarehersteller aktiv werden. Nicht alle Softwarehersteller haben den Normdatensatz2 in ihre Systeme integriert. Wir raten daher allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die Arztsoftwareanbieter konkret darauf anzusprechen. Ein Qualitätskriterium der Arztsoftware

muss sein, dass sie den Normdatensatz2 beherrscht. Die großen Anbieter haben ihn bereits integriert, aber leider ist das noch nicht flächendeckend bei allen der Fall. Eine aktuelle Umfrage der Bundeskurie unter allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten widmet sich übrigens der Zufriedenheit mit der Arztsoftware, da geht es auch um den Normdatensatz2.

Inwieweit spielt er eine Rolle beim Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS)? Der EHDS sieht unter anderem auch die Erstellung einer Patient Summary vor. Derzeit gibt es noch viel Freitext. Ziel ist es, von diesem weg und hin zu strukturierten Daten zu kommen. Neben der Patient Summary müssen die Arztsoftwareprodukte laut EHDS-Regelung auch mit anderen Geräten – wie etwa Medizingeräte – Daten austauschen können, beispielsweise Blutdruckdaten oder andere Messwerte. Dafür kann auch der Normdatensatz2 herangezogen werden. Dieser wird noch weiterentwickelt, um ihn quasi EHDS-fit zu machen.

INFO

NORMDATENSATZ – DATEN ZUKUNFTS-SICHER VERWALTEN

Egal ob bei einer Praxisübernahme, einem Wechsel der Arztsoftware oder bei einer Pensionierung, um die Daten für die Zukunft zu archivieren – Ärztinnen und Ärzte brauchen nachhaltige digitale Lösungen, um der rechtlichen Dokumentationspflicht gerecht zu werden. Sie müssen die Daten der Patientinnen und Patienten sicher verwalten – und das bei gleichzeitig möglichst geringem administrativem Aufwand. Die Österreichische Ärztekammer stellt daher seit ein paar Jahren den so genannten Normdatensatz kostenfrei für die Integration in die Arztsoftware zur Verfügung. Der Normdatensatz ist ein standardisiertes Datenformat, der einen reibungslosen Wechsel der Software ermöglicht. Durch diesen werden Informationen wie Karteieinträge, Diagnosen, Medikation und Versicherungsdaten einfach und automatisch in die neue Software importiert. Medizinische Daten bleiben damit lückenlos und in hoher Qualität erhalten – ohne dass Ärztinnen und Ärzte auf Fremdhilfe der Softwarefirma angewiesen sind. Konkret werden die Daten von der alten Software in das Format des Normdatensatzes exportiert, die neue Software wiederum importiert diese Daten und konvertiert sie in ihr eigenes, verschlüsseltes Datenbankformat.

MEDIZINISCHE DATEN

ÖSTERREICHISCHE
SACKGASSE

Zwar hat der Nationalrat die gesetzlichen Voraussetzungen für das EU-Rezept und die EU-Patientenakte beschlossen, aber es fehle die Abstimmung und eine transparente Roadmap. Zudem würden mit der Umsetzung der ambulanten Leistungs- und Diagnosedokumentation unnötig viele medizinische Daten generiert werden, anstatt eine patientenzentrierte Dokumentation umzusetzen, die den Ansprüchen des „Europäischen Raums für Gesundheitsdaten“ entsprechen, kritisieren Experten.

Sophie Niedenzu

Der „Europäische Raum für Gesundheitsdaten“ (EHDS) ist wieder einen Schritt näher gerückt: Die Rechtsgrundlage für das EU-Rezept und die EU-Patientenakte durch die Novellierung des Gesundheitstelematikgesetzes wurde im Nationalrat beschlossen. Mit dem EU-Rezept soll der Zugang zu Arzneimitteln sowie der Abruf von Patientendaten innerhalb der EU vereinfacht werden, beispielsweise bei Auslandsaufenthalten. Die Patientenkurzakte spare Zeit, um im Notfall Leben retten zu können, führte die ÖVP-Abgeordnete Elisabeth Scheucher-Pichler aus. Staatssekretärin Ulrike Königsberger-Ludwig versicherte eingangs, dass fortschreitende Digitalisierungsmaßnahmen den persönlichen Kontakt im Gesundheitssystem keinesfalls ersetzen sollen. Es gehe in dieser Novelle um einen weiteren Schritt in Richtung einer „europäisch gedachten Gesundheitsversorgung“, der die Patientenrechte, die Versorgungsqualität sowie die Behandlungskontinuität auch im Ausland sichern solle. Es gebe auch „enorme Schutzbestimmungen“ mit hohen Strafandrohungen gegen die missbräuchliche Verwendung von Gesundheitsdaten durch Pharma-

unternehmen oder Versicherungen, so Königsberger-Ludwig. Weiters ist geplant, eine nationale Kontaktstelle für digitale Gesundheit einzurichten. Österreich muss entsprechende EU-Vorgaben zwar erst bis März 2029 verpflichtend umsetzen, mit der technischen Anbindung an die unionsweite Infrastruktur „MyHealth@EU“ soll aber bereits jetzt begonnen werden, um eine Kofinanzierung aus dem EU-Förder-

**„ES FEHLEN NOCH
IMMER DIE EURO-
PÄISCHEN VORGABEN
FÜR DIE SOFTWARE-
INDUSTRIE UND DER
MEDIZINPRODUKTE-
ANBIETER.“**

programm „EU4Health“ zu ermöglichen, wie in den Erläuterungen festgehalten wurde. Die Grünen, die ebenfalls für die Novellierung stimmten, pochten darauf, dass die vorgesehenen nationalen Kontaktstellen höchsten Sicher-

heitsstandards entsprechen, dazu gehöre auch die schnelle Umsetzung des hohen gemeinsamen Cybersicherheitsniveaus in der Europäischen Union, der so genannten NIS-2-Richtlinie.

**EXPERTEN NICHT
EINGEBUNDEN**

Die Zielsetzung des EHDS sei grundsätzlich „eine große Chance, die Qualität, Sicherheit und Effizienz der Gesundheitsversorgung ebenso wie die Forschung durch datengestützte Interoperabilität, Transparenz und Innovation nachhaltig zu verbessern“, heißt es in einem aktuellen Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTeled). Sie plädiert unter anderem für eine klare, verbindliche und öffentlich einsehbare EHDS-Roadmap, die konkrete operative Vorhaben enthalte. „Derzeit entscheiden Bund, Länder und die Sozialversicherung alleine über die nationale Umsetzung, aber es sind weder Patientenvertreter, noch die Softwareindustrie, noch die Pflege und die Ärztinnen und Ärzte ausreichend eingebunden“, kritisiert Franz Leisch, Vizepräsident der ÖGTeled. Die fehlende Einbindung sei für ihn



„DAS RISIKO, DASS DIE VIELEN GESAMMELTEN DATEN VERLOREN GEHEN ODER GEKLAUT WERDEN, SOLLTE AUCH IM HINBLICK AUF DEN DATENSCHUTZ MINIMIERT WERDEN.“

einer der Knackpunkte in der EHDS-Umsetzung. Die beschlossene Novelle entspreche bisher nur dem Minimum der EU-Verordnung und sei daher nur ein Tropfen auf dem heißen Stein, so Leisch. Zudem sehe die EU-Verordnung die Schaffung organisatorischer, rechtlicher und technischer Voraussetzungen bis 2027 vor, die Umsetzung, unter anderem der EU-Patientenkurzakte und des EU-Rezepts sowie eines Teils der Sekundärdatennutzung müsse aber schon bis 2029, ein weiterer Teil bis 2031 erfolgen. Koordinatorin für die Primärdatennutzung in Österreich sei die ELGA GmbH. „Es fehlen daher noch immer die europäischen Vorgaben für die Softwareindustrie und der Medizinprodukteanbieter“, sagt Leisch. Die genauen technischen Details für die EHDS-konforme Umsetzung werden erst 2027 publiziert, aber die Softwareindustrie könne nicht innerhalb von zwei Jahren eine Implementierung und einen österreichweiten Roll-out umsetzen: „Das geht sich erfahrungsgemäß nicht aus“, warnt Leisch.

ZU VIELE DATEN OHNE MEHRWERT

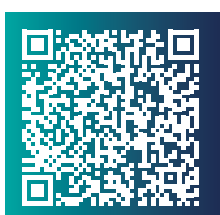
Die Qualität und Struktur medizinischer Diagnosedaten seien zentrale Elemente für die Funktionalität des EHDS. Notwendig sei „ein Paradigmenwechsel von rein abrechnungsorientierten Sys-

temen zu einer patientenzentrierten, klinisch relevanten Codierung“, heißt es im Positionspapier. Dazu sei es aber notwendig, die „Ambulante Leistungs- und Diagnosedokumentation“, wie sie ab 1. Jänner 2026 in Kraft tritt, zu stoppen. Das Ziel, ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-medizinische Zwecke zu verwenden, könne damit nämlich nicht erreicht werden, kritisiert Dietmar Bayer, Präsident der ÖGTelemed und stellvertretender Obmann der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer: „Das Projekt AMBCO ist eine EDV-mäßige Sackgasse, deren Ende mit 2029 erreicht ist und Millionen verschlingt.“ Die im AMBCO geplante ICD-10-basierte Datenübermittlung müsse gestoppt und das Projekt mit dem Hintergrund des EHDS neu aufgesetzt werden. Denn: „Es werden zu viele Daten generiert, die keinen Mehrwert bringen“, sagt er. Und je mehr Daten gesammelt werden, desto größer ist die Gefahr, dass diese verloren gehen oder geklaut werden: „Das Risiko sollte auch im Hinblick auf den Datenschutz minimiert werden“, sagt Bayer. Er verweist auf ein Positionspapier zur so genannten „e-Diagnose“ als neues ELGA-Tool, mit dem der Datenaufwand minimiert und aussagekräftige Registerdaten generiert werden könnten – durch eine Trennung der Diagnosen von den Abrechnungsdaten (siehe Link). Die e-Dia-

gnose würde alle Voraussetzungen für die Umsetzung der so genannten „Patienten-Kurzakte“ erfüllen.

PATIENTENZENTRIERT UND QUALITATIV HOCHWERTIG

Die auch als „Patient Summary“ bekannte Patienten-Kurzakte ist ein Kernbestandteil des EHDS für die Umsetzung 2029. In dieser sollen relevante medizinische Daten europaweit verfügbar sein. „Relevante Informationen zu Vorerkrankungen, Medikamenten oder Allergien müssen dann dort verankert sein, die in Akutsituationen oder bei grenzüberschreitender Versorgung wichtig sind“, erklärt Bayer. Die ICD-basierte Datenerfassung durch AMBCO, die ab 1. Jänner 2026 erfolgt, liefert aber die notwendigen Daten nicht: „AMBCO orientiert sich an statistischen und abrechnungsrelevanten Vorgaben, was aber nicht die Kriterien für eine qualitative Patient Summary, wie wir sie für den EHDS benötigen, erfüllt“, erklärt er. Die Folge: „Mit der ambulanten Leistungs- und Diagnosedokumentation haben wir für die EHDS-Umsetzung ineffiziente, ressourcenbindende Doppelarbeiten, die vermeidbar wären“, kritisiert Bayer. Nicht zu vergessen sei zudem der administrative Aufwand: es sei bei jedem Besuch eine Codierung erforderlich, es sei möglich, dass eine unspezifische Diagnoseerfassung beim nächsten Arztbesuch angepasst werden müsse, es müssten Dauerdiagnosen nacherfasst und zudem auch nicht-ärztliche Kontakte codiert werden: „Das führt letztendlich zu einem unnötigen Zeitaufwand in den Ordinationen für das gesamte Team“, erklärt Bayer. <



EHDS-POSITIONS-
PAPIER ÖGTELEMED



GESUNDHEITS-
MINISTERIUM AMBCO





DIAGNOSEN ERFASSEN

ÄRZTE GEGEN DATENMÜLL

Medizinische Daten sind wertvoll und deren sorgsame Verarbeitung muss einen Mehrwert für alle bringen, betont die Österreichische Ärztekammer.

Sophie Niedenzu

Zwei Jahre ist es her, dass in der mit den Bundesländern und der Sozialversicherung vereinbarten Gesundheitsreform eine verpflichtende bundesweit einheitliche Diagnosecodierung als „unabdingbare Voraussetzung für Steuerung, Planung und Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen“ festgelegt wurde. Die Österreichische Ärztekammer hat in der Folge in diversen Terminen und Anschreiben an die Verantwortlichen im Bundesministerium um Einbeziehung der Ärztekammer, als Vertretung der unmittelbar betroffenen Anwenderinnen und Anwender, ersucht. Wiederholt hat sie sich für ein kompatibles Diagnosecodierungssystem wie SNOMED CT eingesetzt, als Alternative zu ICD-10. Das Ergebnis: Im Gegensatz zu den Vorentwürfen, in denen ICD-10 verankert war, wurde die Art der Codierung nicht mehr im Gesetz definiert. Diese erfolgt über eine Verordnung des Gesundheitsministers. Damit wurde ein zeitlicher Spielraum ermöglicht. Die Einführung der gesetz-

lichen Codierungspflicht ab 1. Jänner 2025 für Kassenärzte und 1. Jänner 2026 für Wahlärzte wurde für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf 1. Jänner 2026 verschoben.

Letztendlich wurde es doch ICD-10: Ab 1. Jänner 2026 müssen alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ICD-10 codierte Diagnosen an die Sozialversicherung übermitteln (Stand Redaktionsschluss 11.11.). Dabei helfen soll das öffentlich verfügbare und kostenfreie „e-Health Codierservice“, das fachlich von der ELGA GmbH in

„EINE VERNÜNFTIGE
GESUNDHEITSPLANUNG
ARBEITET RESSOURCEN-
SCHONEND DARAN,
EINEN MEHRWERT
DURCH DATENGENERIE-
RUNG ZU ERHALTEN“

Johannes Steinhart

Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer umgesetzt wird. Das Webservice wird vom Gesundheitsministerium entwickelt und betrieben und ist ein Umsetzungsprojekt der österreichischen eHealth Strategie. Es arbeitet mit der strukturierten Sprache der Medizin, SNOMED CT, und verknüpft die Diagnose automatisch mit dem gesetzlich geforderten ICD-10. Konkret heißt das: Der Arzt

erstellt wie bisher eine Freitextdiagnose, für die dann automatisch mit Hilfe des e-Health Codierservice strukturierte, erfassbare Diagnosevorschläge zur Auswahl angezeigt werden. Die Erfassung strukturierter Diagnosen per se sei wichtig und sinnvoll, betont Edgar Wutscher, ÖÄK-Vizepräsident und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Das Problem sei die Übermittlung der Daten: „Wenn die Erhebung so erfolgt, dass die Datensammlung keinen Mehrwert bietet und im Gegenteil auch zu falschen Schlussfolgerungen führen kann, dann wird eine grundsätzlich gute Idee gegen die Wand gefahren“, kritisiert er.

KURZE BEGUTACHTUNGSFRIST

Es sei außerdem bedenklich, dass für die Begutachtung des Gesetzesentwurfs lediglich eine Frist von knapp einer Woche eingeräumt wurde. Auch der gewählte Zeitpunkt der Novellen, nämlich zwei Monate vor dem tatsächlichen Verpflichtungstermin, sei praxisfern und unzumutbar für betroffene Anwenderinnen und Anwender, die Investitionen zu tätigen und Anpassungen in ihren Arbeitsprozessen zu berücksichtigen haben, heißt es in der Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer. Es werde verkannt, mit welchen notwendigen Anschaffungen bzw. Änderungen in den Arztsoftware-Systemen und umfassenden Anpassungen der organisatorischen Abläufe die Ärztinnen und Ärzte in den Ordinationen durch die rechtlichen Vorgaben konfrontiert seien. Die kurze Be-



gutachtungsfrist wurden ebenso vom Justizministerium, das – wie auch der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramts – auf eine sechswöchige Begutachtungsfrist bei Gesetzesvorhaben verweist, kritisiert, ebenso von der oberösterreichischen und der Tiroler Landesregierung, der Wirtschaftskammer, der Österreichischen Rechtsanwaltskammer und dem Datenschutzrat.

ZEITVERZÖGERTE MEDIZINISCHE DATEN

Dem Ziel, ärztliche Diagnosen für wissenschaftlich-medizinische Zwecke zu verwenden, wird die in der jetzigen Form geplante ambulante Diagnose- und Leistungsdokumentation (AMBCO) jedenfalls nicht gerecht, so die ÖÄK. Die Übermittlung der Diagnosedaten ist nämlich über mehrere Instanzen vorgesehen. Die erste davon ist die Sozialversicherung, die kassenärztliche Leistungen in unterschiedlichen Zeit-

„AMBCO ERFÜLLT NICHT DIE KRITERIEN FÜR EIN QUALITATIVES PATIENT SUMMARY“

Dietmar Bayer

intervallen abrechnet – bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) erfolgt die Leistungsabrechnung etwa immer zum Quartalsende. Nach der Verrechnung durch die Sozialversicherung übermittelt diese die Daten über eine vorgelagerte Pseudonymisierungsstelle an den Dachverband. Von dort gelangen die Daten zum Gesundheitsministerium. Damit würde es drei bis sechs Monate dauern, bis die Diagnosedaten in der Gesundheitspolitik ankommen: „Wenn die Übermittlung der Daten jedoch getrennt von der Abrechnung läuft, könnten wir annähernd tagesaktuelle Krankheitsdaten bekommen“, sagt Wutscher. Gerade bei einem

aufkommenden Infektionsgeschehen sei das durchaus sinnvoll. Aus diesem Grund müssten Abrechnungs- und Diagnosedaten voneinander getrennt werden. „Die Ärzteschaft versteht nicht, warum man unseren entsprechenden Vorschlag nicht in Erwägung gezogen hat“, betont Wutscher.

KEINE QUALITATIVEN DATEN

Ein weiterer Aspekt, der für die Trennung von Abrechnungs- und Diagnosedaten spreche, sei, dass erst dadurch eine gute Datenqualität im Hinblick auf den Europäischen Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) ermöglicht wird, ergänzt Dietmar Bayer, stellvertretender Bundeskurienvorstand der niedergelassenen Ärzte und Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTeled). 2029 muss nämlich ein wesentlicher Kernbestandteil des EHDS, eine Patienten-Kurzakte – das sogenannte „Patient Summary“ – von Österreich umgesetzt werden: „Darin müssen relevante Informationen zu Vorerkrankungen, Medikamenten oder Allergien verankert sein, die in Akutsituationen oder bei grenzüberschreitender Versorgung wichtig sind“, erklärt Bayer. Die ICD-basierte Datenerfassung durch AMBCO liefert aber die notwendigen Daten nicht: „AMBCO orientiert sich an statistischen und abrechnungsrelevanten Vorgaben, was aber nicht die Kriterien für ein qualitatives Patient Summary, wie wir sie für den EHDS benötigen, erfüllt“, erklärt er. Mit der AMBCO gäbe es für die EHDS-Umsetzung ineffiziente, ressourcenbindende Doppelarbeiten, die vermeidbar wären.

DATENSCHUTZFOLGE- ABSCHÄTZUNG

Die im AMBCO geplante ICD-10-basierte Datenübermittlung müsse gestoppt und das Projekt mit dem Hin-

tergrund des EHDS neu aufgesetzt werden. Denn: „Es werden zu viele Daten generiert, die keinen Mehrwert bringen“, sagt Bayer. Und je mehr Daten gesammelt werden, desto größer ist die Gefahr, dass diese verloren gehen oder geklaut werden: „Das Risiko sollte auch im Hinblick auf den Datenschutz minimiert werden“, sagt Bayer. Daher habe

„EINE GRUNDSÄTZLICH GUTE IDEE WIRD GEGEN DIE WAND GEFAHREN.“

Edgar Wutscher

die Bundeskurie niedergelassene Ärzte eine Datenschutzfolgeabschätzung beauftragt: „Wir prüfen die datenschutzrechtlichen Gefahren, die mit dieser geplanten Codierung für den einzelnen Arzt einher gehen“, ergänzt Wutscher. Unabhängig davon sind in puncto Datenschutz einige Punkte offen, wie aus den Stellungnahmen ersichtlich wird. So hätten sich das Justizministerium und der Datenschutzrat „wiederholt ablehnend zur Verwendung der Sozialversicherungsnummer für Bereiche, die nicht der Ingerenz der Sozialversicherung unterliegen“ ausgesprochen, daher sei zu prüfen, ob im Rahmen der Verarbeitung die Verwendung der Sozialversicherungsnummer im genannten Bereich erfolge. Im Sinne des Grundsatzes der Datenminimierung müsste zudem laut Datenschutzbehörde geprüft werden, ob die Verarbeitung einer „Vielzahl an Identifikatoren“ – dazu gehören beispielsweise Geburtsdatum, Wohnsitz und Staatsbürgerschaft – für das Erreichen der Ziele dieses Bundesgesetzes erforderlich seien.

NEUE ELGA-ANWENDUNG ALS LÖSUNG

Den Datenaufwand minimieren und aussagekräftige Registerdaten generieren könne aber jedenfalls die „e-Diagno-

se“ als neue ELGA-Anwendung, mit der Diagnosen von den Abrechnungsdaten getrennt würden, betont Wutscher. Dazu hat die ÖGTeled in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus der Softwareindustrie und der Gesundheitspolitik ein entsprechendes Positionspapier veröffentlicht, das die Bundeskurie niedergelassene Ärzte im Mai 2024 den Entscheidungsträgern übermittelt hat. „Unsere Bemühungen, hier die von uns dem Gesundheitsministerium präsentierte, sinnvolle Lösung umzusetzen, die einerseits kompatibel mit den europäischen Vorgaben wären und andererseits einen Mehrwert für die Gesundheitspolitik bringen würde, sind leider gescheitert“, sagt Wutscher. „Stattdessen werden ab nächstes Jahr digitale Daten an das Gesundheitsministerium vermittelt, die wenig bis gar nicht aussagekräftig sind und in der Gesundheitsplanung daher irrelevant sein werden.“

Nicht zu vergessen sei zudem der zusätzliche administrative Aufwand durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen: Für jeden Besuch ist eine Konsultationsdiagnose zu erfassen, auch wenn Dauerdiagnosen bereits vorliegen und diese auch der Grund für den Ordinationsbesuch sind – bisher reichte die einmalige Erfassung einer Dauerdiagnose aus: „Das führt zu einem unnötigen Zeitaufwand in den Ordinationen für das gesamte Team“, erklärt Bayer. Die Ressource „Arzt“ sei jetzt schon knapp – Stichwort Kassenärztemangel – und der zusätzliche administrative Aufwand für die Diagnosedokumentation führe dazu, dass der Arzt weniger Zeit für den Patienten haben werde: „Ärztinnen und Ärzte müssen für sinnlose Datengenerierung unnötigerweise Zeit investieren, die besser beim Patienten aufgehoben wäre. Die Attraktivierung des Arztberufes schaut anders aus“, sagt Wutscher.

KOPFLOS BEI DIGITALEN PROJEKTEN

Das österreichische Gesundheitssystem kranke bereits an vielen Stellen, betont ÖÄK-Präsident Johannes Steinhart: „Eine vernünftige Gesundheitsplanung arbeitet ressourcenschonend daran, einen Mehrwert durch Datengenerierung zu erhalten“, sagt Steinhart. Veraltete und unpräzise Daten würden nur Zeit und Geld kosten, „sie bieten aber keinen Mehrwert - weder für die Steuerung, noch für die Planung und Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen, was ja eigentlich das Ziel in der Gesundheitsreform gewesen wäre“, kritisiert er. Damit werde nur eines erreicht: „Der Frust bei den Ärztinnen und Ärzten wird weiter steigen, weil sie für sinnlose Tätigkeiten noch mehr Zeit verlieren, die ihnen bereits jetzt für die Patientenversorgung fehlt“, warnt Steinhart. <

Traumjob finden und Wellnessurlaub gewinnen!

Jetzt bei arztjobs.at Job-Alarm
anlegen und teilnehmen!

**Gewinnen Sie einen 3-tägigen Aufenthalt
für 2 Personen im REDUCE Gesundheitsresort
Bad Tatzmannsdorf!**

DER GEWINN UMFASST:

- Übernachtung im Doppelzimmer Deluxe
- REDUCE Halbpension PLUS
- Thermengenuss in der hoteleigenen
Thermen-, Sauna- und Sinneswelt
- Teilnahme am REDUCE Aktivprogramm

SO NEHMEN SIE TEIL:

Schritt 1: Registrieren Sie sich als Jobsuchende*
auf arztjobs.at und bestätigen Sie bei der Anmeldung,
dass Sie am Gewinnspiel teilnehmen möchten.

Schritt 2: Legen Sie Ihren persönlichen Job-Alarm an. Fertig!

3 TAGE
Bad
Tatzmannsdorf
Das Leben spüren
für 2 Personen



*Einscannen
und los geht's*

DIGITALE ENTWICKLUNGEN

POTENZIAL RICHTIG LENKEN

Welche Änderungen in der Arbeitsroutine kommen auf die Ärztinnen und Ärzte aufgrund von zunehmender Digitalisierung zu? Wie steht es um den Mehrwert und wie müssen Projekte sinnvoll umgesetzt werden? Diesen und anderen Themen widmet sich der Digitalisierungsschwerpunkt in der Österreichischen Ärztezzeitung. Eine Rückschau.

Sophie Niedenzu



Die Patientenfrequenzen steigen, die Datenmenge wird immer größer, die Frage nach zeitlichen Ressourcen immer brennender: Digitale Tools sind auch in der Medizin auf dem Vormarsch, einige dieser Entwicklungen werden von der Gesundheitspolitik vorgegeben. So beherrschte Anfang des Jahres ein Thema die Ärzteschaft: Das Faxgerät ging – nach vielen Jahren der Ausnahmebestimmungen und Übergangslösungen – in den Ruhestand. Gleichzeitig war kein ausgereiftes, neues System verfügbar. Die Folge: Chaos brach aus, Insellösungen wurden kreiert. Patienten mussten länger warten, etwa für die Bewilligung hochpreisiger Medikamente, bei Anträgen für beispielsweise Sondennahrungen, Heilbehelfe, Flaschensauerstoff sowie Pflegegeld, Rehabilitation und Kur. Die ad-hoc Lösungsansätze der betroffenen Spitäler: Es wurden Boten eingesetzt, um die Fax-Übermittlung zu ersetzen. Aufgrund dieser Situation hat die Bun-

deskurie niedergelassene Ärzte einen eigenen Gipfel organisiert, um alle Betroffenen an einen Tisch zu bekommen und bestehende Probleme gemeinsam zu diskutieren und rasch Lösungswege zu finden. Kurzfristige, digitale Lösungen wurden in enger Absprache mit allen Stakeholdern abgesprochen.

ZUSAMMENARBEIT IM FOKUS

Das Beispiel der Faxablöse zeigt jedenfalls eins: Die Umstellung oder der Einsatz von digitalen Lösungen muss mit allen Stakeholdern abgesprochen und in enger Absprache, mit einer eigenen Roadmap, erfolgen. Für die bessere Übersicht wurde daher in diesem Jahr die so genannte „eHealth-Roadmap“ ins Leben gerufen. Sie bietet einen Überblick über Planung, Entwicklung, Pilotierung bis hin zum Rollout. Farbliche Markierungen zeigen an, wer für die Umsetzung zuständig ist: So steht grün

beispielsweise für Projekte umgesetzt durch die Tochterfirmen der Sozialversicherung, der SVC und IT-SV, orange für Projekte der ELGA GmbH und blau für Projekte, die von anderen betrieben werden oder an denen mehrere Organisationen zusammengearbeitet haben.

A propos Zusammenarbeit: Aufgrund der gesetzlich vorgegeben Diagnoseerfassung im nächsten Jahr (näheres zur Codierung siehe Infobox) wurde unter Mitwirkung der Österreichischen Ärztekammer das öffentlich verfügbare und kostenfreie „e-Health Codierservice“, das fachlich von der ELGA GmbH umgesetzt wird, ins Leben gerufen. Das Webservice wird vom Gesundheitsministerium entwickelt und betrieben und ist ein Umsetzungsprojekt der österreichischen eHealth Strategie. Es arbeitet mit der strukturierten Sprache der Medizin, SNOMED CT, und verknüpft die Diagnose automatisch mit dem gesetzlich gefordertem ICD-10.



GRENZÜBERSCHREITENDER AUSTAUSCH

Der intensive Austausch zwischen den Stakeholdern und die aktive Mitwirkung der Ärzte – als Vorbildprojekt gilt hier der e-Impfpass – zeichne Österreich jedenfalls aus. Das kristallisierte sich bei einem Treffen von Digitalexperten der Österreichischen Ärztekammer mit der Bundesärztekammer am Rande der DMEA in Berlin aus, einer der wichtigsten Kongresse im Bereich Digital Health. Die kurzen Wege der direkten Absprache unter Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte werde auch weiterhin bestritten werden.

REISE DES PATIENTEN

Auch heuer wieder war die Österreichische Ärztekammer auf der „dHealth“ anwesend, um aktiv mit Vertretern aus

der Gesundheitspolitik, der Industrie und Wissenschaftlern den Austausch zu digitalen Entwicklungen zu fördern. Im Fokus stand dabei auch die gelungene Reise des Patienten durch das Gesundheitssystem. Dafür benötige es nicht nur eine zentrale Schaltstelle, sondern auch digitale Kompetenz und Vertrauen in digitale Tools, deren Mehrwerte sowohl für Patienten, als auch für Ärzte, klar sichtbar seien, so die Kernaussage. Zentral digital gespeicherte Daten, die die individuelle Patientengeschichte mit dem Wissenszuwachs in der Medizin KI-basiert vereinen, könnten die Versorgung in der Zukunft verbessern.

GLEICHE RECHTE FÜR ALLE

Wenn schon, denn schon: Das war der Grundtenor in Vorbereitung auf die gesetzliche Verpflichtung, wonach

Wahlärzte ab 1. Jänner 2026 das e-card-System verwenden müssen: Wenn schon eine Verpflichtung zur Nutzung bestehe, sollten zumindest alle Funktionalitäten freigeschaltet werden, analog zu den Kassenärzten. Das sei sowohl vom Gesundheitsministerium als auch vom Dachverband im März dieses Jahres vollumfänglich zugesagt worden. Eine von der SVC auf die Website gestellte Nutzungsvereinbarung für e-card-Funktionen sorgte bei der Ärzteschaft für Kritik: Mit der Drohung, eine bereits bestehende Rezepturbewilligung wieder abzunehmen, seien Wahlärzte unter Druck gesetzt worden, diese freiwillige Nutzungsvereinbarung zu unterzeichnen, obwohl diese mehr Verpflichtungen inkludierte als jene für Kassenärzte. Derzeit laufen diesbezüglich noch Gespräche der Bundeskurie niedergelassene Ärzte mit der Sozialversicherung. <

INFO

DIAGNOSECODIERUNG – EINFÜHRUNGSPHASE BESCHLOSSEN

Vor zwei Jahren wurde in der mit den Bundesländern und der Sozialversicherung vereinbarten Gesundheitsreform eine verpflichtende bundesweit einheitliche Diagnosecodierung festgelegt. Die Österreichische Ärztekammer hat in der Folge in diversen Terminen und Anschreiben an die Verantwortlichen im Bundesministerium um Einbeziehung der Ärztekammer, als Vertretung der unmittelbar betroffenen Anwenderinnen und Anwender, ersucht. Wiederholt hat sie sich für ein kompatibles Diagnosecodierungssystem wie SNOMED CT eingesetzt, als Alternative zu ICD-10. Letztendlich wurde es dennoch ICD-10. Das sei jedoch nur für statistische und abrechnungsrelevante Zwecke sinnvoll, nicht aber für eine qualitative medizinische Dokumentation und für die Umsetzung einer Patientenkurzakte, wie sie der Europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) vorschreibt, kritisiert die Bundeskurie niedergelassene

Ärzte. Zudem erfolgt die Übermittlung der Diagnosedaten über mehrere Instanzen, bis diese also pseudonymisiert in der Gesundheitspolitik ankommen, vergehen bis zu sechs Monate. Daher setzte sich die Bundeskurie für die Trennung der Diagnosen- von den Abrechnungsdaten ein und verwies auf ein Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Telemedizin (ÖGTelemed) zur sogenannten „e-Diagnose“ als neue ELGA-Anwendung. Zudem bestünden datenschutzrechtliche Bedenken, weswegen die Bundeskurie eine Datenschutzfolgeabschätzung beauftragt hat. Auch in den Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf wurden neben der kurzen Begutachtungsfrist auch datenschutzrechtliche Bedenken geäußert.

Kurz vor Redaktionsschluss wurde im Gesundheitsausschuss ein Abänderungsantrag mit ÖVP-SPÖ-NEOS-Mehrheit

beschlossen, der zunächst eine sechs Monate lange, freiwillige Einführungsphase vorsieht. Die vollumfängliche Pflicht zur Datenmeldung tritt somit erst ab dem dritten Quartal 2026 in Kraft – statt ursprünglich mit 1. Jänner 2026. Im Zuge der Arbeiten zur Implementierung der bundesweit einheitlichen Diagnosecodierung hätten sich einige Fragen hinsichtlich der technischen Umsetzung sowie der rechtlichen Grundlagen ergeben, ist den Erläuterungen zu entnehmen. Mit der vorliegenden Novelle sollen neben redaktionellen Anpassungen vor allem diverse Klarstellungen und Vereinfachungen umgesetzt werden.



Aktuelles zur Diagnosecodierung unter <https://www.aerztekammer.at/codierung>

BKAÄ

CODEWORD SPITAL

Mit 1. Juli 2026 soll die Diagnosecodierung in den Ordinationen verpflichtend werden. In den Spitälern ist Codierung seit Jahren Usus und die ambulante Codierung seit geraumer Zeit verpflichtend. Thorsten Medwedeff hat sich mit dem Kurienobmann der angestellten Ärzte im Burgenland, Martin Ivanschitz, der im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Eisenstadt als Facharzt für Orthopädie und Traumatologie arbeitet, angeschaut, wofür das gemacht wird, wie es funktioniert, welche Vorteile Codierung bringt und wo noch Verbesserungsbedarf besteht.

Während die Codierung im niedergelassenen Bereich vor allem der Strukturierung medizinischer Informationen, der statistischen Auswertung von einzelnen medizinischen Leistungen, der Versorgungstransparenz und – künftig – der Leistungsdokumentation gegenüber Sozialversicherungsträgern dienen soll, ist sie in den Krankenhäusern vor allem ein Abrechnungs- und Steuerungssystem.

Der gesetzliche Hintergrund kurz zusammengefasst: Die Codierung ambulanter Leistungen in österreichischen Krankenhäusern zu deren Finanzierung erfolgt primär über das sogenannte leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem (LKF). Dafür gibt es einen speziellen Leistungskatalog des Bundesministeriums für Gesundheit. Dieser bildet ambulante Leistungen nach dem Behandlungspatientenmodell und spezifischen Codierungen, z.B. mit ICD-Code oder OPS-ähnlichen Codes, ab. Diese werden in LKF-Punkte umgerechnet und bestimmen zusammen mit den Landesbasiswerten die Finanzierung. Dieses System stellt sicher, dass medizinische Leistungen

während eines Spitalsaufenthalts nach bundeseinheitlichen Kriterien bewertet und abgegolten werden. Die Landesbasiswerte richten sich auch nach regionalen Gegebenheiten.

Unter OPS versteht man einen Operationen- und Prozedurenschlüssel. Der ICD10-Code ist die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme und folgt einer medizinischen Klassifikationsliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

KORREKTE CODIERUNG, KORREKTE FINANZIERUNG

Jede Leistung wird nach dem ICD10-Katalog verschlüsselt. Wie jedes Jahr wurden auch 2025 diese Kataloge adaptiert und aktualisiert, „um das klinische Geschehen up to date abbilden zu

können“, so Ivanschitz. Die jeweiligen LKF-Punkte ergeben sich, so der Unfallchirurg, „aus einer Kombination von Hauptdiagnose, Begleitdiagnose und erbrachten Leistungen. Daraus wird eine LKF-Fallgruppe ermittelt (Anm.: z.B. MEL-Medizinische Einzelleistungen oder HDG-Homogene Diagnosegruppen), der eine bestimmte Punktzahl zugeschrieben ist“. Die Summe der so erwirtschafteten Punkte wird wiederum mit einem spezifischen Punktwert multipliziert, der vom jeweiligen Landesfonds festgelegt wird und die Finanzierung des jeweiligen Spitals bestimmt. „Eine korrekte Codierung kommt natürlich auch – wenn auch indirekt – den Patienten zugute. Nur dann sind angemessene Mittel gesichert, die helfen, ausreichend ärztliches bzw. medizinisches Personal und neue, technische Geräte und damit die Behandlungsqualität abzusichern.“ Eine Untercodierung könnte langfristig zu einer Ressourcenknappheit führen.

„ES DARF KEIN SINNLOSER DATENMÜLL
PRODUZIERT WERDEN.“



Daher nehme man die Codierung trotz des Aufwands sehr ernst. In Eisenstadt gibt es für das LKF-System und die Codierung zwei verantwortliche Ärzte pro Abteilung, die eine Kontrollfunktion ausüben und die Qualität und Korrektheit der eingetragenen Codierungen überprüfen. „Die Codierung der Leistungen selbst erfolgt mit einem eigenen, sehr einfachen Suchsystem mit Schlagwörtern.“ Die Dokumentation bezieht sich auf die gesamte Hospitalisierungsperiode und wird in einem zentralen IT-System erfasst. Die Ärzte werden dabei von Dokumentationsassistenten unterstützt – am Ende steht auch noch ein Controlling durch die Spitalverwaltung, wo es auch eigene Codierungsassistenten gibt.

CODIERUNG UNTERSTÜTZT ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT

Ivanschitz unterstreicht auch die Bedeutung der Codierung im Spital für die freie Entscheidungsgewalt im Rahmen der ärztlichen Expertise: „Im Spitalbereich ist die medizinische Entscheidung weitgehend von der individuellen Abrechnung entkoppelt. Die Codierung dient primär der Dokumentation und der fallbezogenen Finanzierung des Krankenhauses – nicht der Honorierung einzelner ärztlicher Entscheidungen. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte ihre Therapie primär an medizinischen und klinisch notwendigen Kriterien ausrichten, ohne bei jedem Schritt den unmittelbaren finanziellen Erlös mitdenken zu müssen.“ Darüber hinaus könnten die Spitäler, aber auch die einzelnen Abteilungen, deutlicher und klar dokumentiert zeigen, welche Leistungen sie häufig und komplex erbringen. Das untermauert auch die Expertise der Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Spezialfach.

Was die Digitalisierung im Spital generell betrifft, so müsse der Fokus immer auf die Patientensicherheit und den hundertprozentigen Datenschutz gerichtet sein: „Wir müssen gewährleisten, dass keine Gesundheitsdaten missbräuchlich verwendet werden können. Dazu bräuchte es ein österreichweit einheitliches und sicheres IT-System, wo die Spitalärzte, Spitäler und der niedergelassene Bereich miteinander verknüpft werden. Und der Mehraufwand, der bei der Digitalisierung betrieben wird, muss ausschließlich für die Verbesserung des Gesundheitssystems verwendet werden – es darf kein sinnloser Datenmüll produziert werden. Damit alle diese Maßnahmen erfolgreich sind, ist es dringend nötig, die Ärzteschaft einzubinden. Wir sind die Experten für die Steuerung und Planung im Gesundheitswesen.“ ◀



ZUKUNFTSVEREINBARUNG

MEHRWERT MIT WEITBLICK

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Bundeskurie niedergelassene Ärzte haben gemeinsame Ziele für zukünftige Projekte in der digitalen Gesundheitsversorgung festgelegt. Zuweisungen, Verordnungen und Anträge, etwa für Rehabilitationsaufenthalte, sollen bald digital erfolgen. Die beschlossene Pilotierungsphase in der Diagnosecodierung soll helfen, eine praktikable Lösung im Arbeitsalltag zu erarbeiten.

Sophie Niedenzu

Das Faxgerät ist im Ruhestand, der Europäische Raum für Gesundheitsdaten ist in Umsetzung, die Codierung von Diagnosen ist für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bald Realität: Das ist nur ein Bruchteil jener Veränderungen, die auch künftig die Arbeit im Gesundheitswesen nachhaltig prägen werden. Man dürfe die Augen vor diesen Veränderungen nicht verschließen, sagt Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte, denn: „Die Digitalisierung ist gekommen, um zu bleiben.“ Mit ihr seien auch Ängste verbunden – die ernst zu nehmen seien, so Wutscher. „Wenn die Umsetzung nicht funktioniert, dann steigt natürlich die Skepsis und Ablehnung gegenüber diesen geplanten Veränderungen“, sagt er. Sein Ziel ist es, dies zu verhindern. „Die Veränderungen müssen einen klaren Mehrwert haben, und zwar sowohl für die Gesundheitspolitik, als auch für die Patientinnen und Patienten und die Ärztinnen und Ärzte“, betont Wutscher. Umso erfreulicher sei es, dass es nun gelungen sei, gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger ein wegweisendes Pro-

gramm zu erarbeiten und zu beschließen: „Die digitalen Projekte sollen die Servicequalität für die Versicherten verbessern und Prozesse in Ordinationen und bei den Sozialversicherungen vereinfachen“, sagt er. Die nun getroffene Vereinbarung zeige eine konkrete Übersicht über die nächsten Jahre.

KOSTEN-NUTZEN-RECHNUNG UND QUALITÄTSKONTROLLE

Beschlossen wurde unter anderem, die neuen Projekte nach folgenden Kriterien abzuarbeiten: Festlegung des Projekteinhaltes durch Dachverband und Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte, Berechnung der Entwicklungs-

nagement und fortlaufende Entwicklung. „Mit diesem klaren Regelwerk bekommen wir einen besseren digitalen Fahrplan“, sagt Wutscher. Gerade die Ermittlung der Kosten sowie des Nutzens für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte sei ein wichtiger Punkt: „Es ist nicht einzusehen, dass die Kosten für technische Infrastruktur, Softwareumstellungen und laufende digitale Anpassungen für politisch induzierte Digitalisierungsmaßnahmen von den Ärztinnen und Ärzten selbst zu tragen sind“, sagt Wutscher. Mit der nun beschlossenen Zukunftsvereinbarung werde die Ärzteschaft von Anfang an als gleichwertige Partnerin involviert. Besonders wichtig sei zudem die Qualitätssicherung. So sei geplant, dass

„DIE PILOTIERUNGSPHASE WIRD UNS HELFEN, ZU EINER PRAKTIKABLEN LÖSUNG ZU KOMMEN.“

kosten, aber auch der nachfolgenden, laufenden Kosten und Klärung bei Finanzierung unter Einbindung der Softwarehersteller, Erprobung einer Pilotphase, Ausrollung des Projektes sowie ständig begleitendes Qualitätsma-

der Dachverband gemeinsam mit der Bundeskurie Qualitätsanforderungen für die Arztsoftware hinsichtlich der Nutzung der e-Card-Infrastruktur und Praxismanagement, sowie für abrechnungstechnische Vorgänge erarbeitet.



„MIT DIESEM KLAREN REGELWERK BEKOMMEN WIR EINEN BESSEREN DIGITALEN FAHRPLAN.“

mäßig telemedizinische Versorgung sicherstellen“, führt Wutscher aus.

VORSORGEUNTERSUCHUNGEN UND DIGITALE ANTRÄGE

Ein weiterer Punkt sei, die Vorsorgeuntersuchungen zentral digital zu erfassen – nämlich durch die Speicherung in ELGA. Wichtig hierbei sei, dass ein allfälliger technischer und organisatorischer Mehraufwand für Ärztinnen und Ärzten auf ein Minimum reduziert sei, gleichzeitig dem Arzt aber Möglichkeiten eingeräumt werden sollen, Befunde nachträglich zu bearbeiten. Zur Verbesserung des bestehenden Antragsprozesses in Papierform werde zudem der Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt als Service im e-card-System zur Verfügung gestellt.

PILOTPHASE BEI DER DIAGNOSEERFASSUNG

Ende des vergangenen Jahres hat die Regierung für die gesetzlich verpflichtende Diagnosecodierung im gesamten ambulanten Bereich eine sechsmonatige Übergangsphase beschlossen. Diese soll genutzt werden, um die digitale, strukturierte Erfassung der Diagnosen kontinuierlich zu verbessern. „Diese Pilotierungsphase wird uns helfen, zu einer praktikablen Lösung sowohl für die Sozialversicherung als auch für die Ärztinnen und Ärzte zu kommen“, zeigt sich Wutscher optimistisch. Insgesamt stelle die Zukunftsvereinbarung zwischen dem Dachverband und der Bundeskurie niedergelassene Ärzte ein engagiertes Vorhaben dar: „Dieses ist von einem Konsens und dem Willen zu einer konstruktiven Zusammenarbeit geprägt“, lautet das Resümee von Edgar Wutscher. <

Zudem solle eine Plattform zur Selbstevaluierung für Arztsoftwarehersteller in Zusammenarbeit mit der Wirtschaft und anderen relevanten Stakeholdern umgesetzt werden: „Die Qualitätsstandards sollen regelmäßig aktualisiert werden“, sagt Wutscher.

E-ZUWEISUNG UND E-VERORDNUNG

Als eines der ersten Projekte aus der Vereinbarung werde die so genannte „e-Zuweisung“ in Angriff genommen. Das umfasse die Zuweisung zu CT und MRT, nuklearmedizinischen Untersuchungen, Knochendichtemessung und in späterer Folge die Zuweisung zu Röntgen und Sonographie. Erfreulicherweise sei hier die Förderung schon geklärt, berichtet der ÖÄK-Vizepräsident. Ein sogenannter „Softstart“ erfolgt in diesem Jahr. Als nächste e-Card-Anwendung auf Basis einer gesamtvertraglichen Vereinbarung soll die „e-Verordnung“, zunächst in einem Bundesland als Pilotprojekt, umgesetzt werden – zu Beginn als elektronischer Transportschein, in weiterer Folge auch für die Verordnung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

TERMINSERVICE-TOOL UND TELEMEDIZIN

Beschlossen wurde auch ein digitales Terminservice-Tool. „Die Sozialver-

sicherung wird die technische Plattform bereitstellen und Ärztinnen und Ärzte können sich einbringen, in dem sie freiwillig offene Termine auf die Plattform stellen“, erklärt Wutscher. Die Buchung des Termins erfolge dann beim jeweiligen Anbieter des Termins, also im Regelfall beim einzelnen Arzt, der Gruppenpraxis oder der PVE. Die Bundeskurie niedergelassene Ärzte werde sich hier aktiv im Projekt einbringen und mitwirken, damit alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in dem Terminservice auffindbar sind. Seiner Einschätzung nach könnten damit jährlich drei Millionen Termine buchbar sein. „Mit dem Terminservice-Tool sollen Wartezeiten verkürzt werden und Patientinnen und Patienten unkompliziert ihre Termine erhalten“, sagt Wutscher.

Auch das telemedizinische Angebot inklusive Telekonsultationen soll von Dachverband und Bundeskurie forciert werden. Hierzu sei eine Arbeitsgruppe Digitalisierung gegründet worden, die im Rahmen des Projektes zum Gesamtvertrag unter Einbeziehung der SVS und BVAEB einheitliche Strukturen und Angebote für die telemedizinische Versorgung von Bürgern im niedergelassenen Bereich ausarbeitet. „Ziel ist es, dass flexible und zukunftsorientierte Vertragsmöglichkeiten für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erstellt werden, die schwerpunkt-

E-CARD FÜR ALLE

DER DIGITALE SCHLÜSSEL

Die e-Card ist seit 20 Jahren der Schlüssel zum digitalen Zugang für die Patientenversorgung. Seit 1. Jänner nutzen nun auch Wahlärzte analog zu den Kassenärzten die digitale Infrastruktur. Auch beim Ausbau der Telemedizin sollen Wahlärzte eine wichtige Rolle spielen.

Sophie Niedenzu

Bis zu 500.000 e-Card-Kontakte täglich, durchschnittlich 6,1 Millionen ausgestellte e-Rezepte monatlich und die Bewilligung von Medikamenten über das Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) innerhalb von sechs Minuten: Die e-Card ist eine der meistgenutzten digitalen Infrastrukturen Österreichs. Seit 1. Jänner sind nun auch die Wahlärzte vollumfänglich angebunden. Damit sind sie berechtigt und verpflichtet, neben dem e-Rezept inkl. Arzneimittel-Bewilligungs-Service (ABS) auch die e-Arbeitsunfähigkeitsmeldung zu nutzen. Doch damit hört die Reise nicht auf. Erst jüngst hat der Dachverband der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Bundeskurie niedergelassene Ärzte eine Vereinbarung zum digitalen Fahrplan beschlossen (siehe dazu S. 10). Alle zukünftigen e-Services, die umgesetzt werden, sollen von Wahlärzten analog zu den Kassenärzten verwendet werden. Das gilt etwa für die geplante e-Verordnung. „Wenn schon, denn schon“, das sei der Grundtenor für die Vorbereitung auf die gesetzliche Verpflichtung für Wahlärzte gewesen: „Wenn schon eine Verpflichtung zur Nutzung besteht, dann sollten alle Funktionalitäten freigeschaltet werden, die auch Kassenärzte nutzen – das haben wir auch erreicht“, zeigt sich



Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte, zufrieden.

GEMEINSAME AUSGESTALTUNG

Unter dem Titel „20 Jahre e-Card – Zwei Jahrzehnte digitale Innovation“ hat die SVC im Dezember gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversi-

cherungsträger im Rahmen des SV-Forums das runde Jubiläum gefeiert. Mit dabei waren auch Vertreter der Österreichischen Ärztekammer. Der Allgemeinmediziner Alexander Moussa, Leiter des ÖÄK-Referats e-Health in Ordinationen, nahm neben der Gesundheitsministerin Korinna Schumann, dem damaligen Vorsitzenden der Konferenz der Sozialversicherungsträger Peter McDonald (seit 1. Jänner ist Claudia Neumayer-Stickler Vor-

sitzende der Konferenz der Sozialversicherungsträger, Anm. der Red.), der Vorarlberger Gesundheitslandesrätin Martina Rüscher und der OECD Digital Health Expertin Katharina Vujovic an einer Podiumsdiskussion zur Telemedizin teil. Diese sei eine Ergänzung zur klassischen medizinischen Versorgung und „keine Notlösung für fehlende Ressourcen“, hielt Moussa fest und verwies auf die OECD-Analysen, wonach die Telemedizin genau dort ihre Wirkung entfalte, wo sie strukturiert, ärztlich verantwortet und sinnvoll in bestehenden Versorgungsprozesse integriert sei. In Ländern wie Dänemark und Estland sei die Telemedizin Teil der Regelversorgung, gesteuert über die Primärver-

sorgung, mit klaren Rollen und klarer Verantwortung. „Telemedizin wird dort für Verlaufskontrollen, Nachbesprechungen, Medikationsanpassungen, bei chronischen Erkrankungen oder zur raschen ärztlichen Einschätzung genutzt“, berichtete Moussa. Die Chancen seien erheblich, etwa durch weniger unnötige Wege für Patienten, eine bessere Kontinuität in der Betreuung und eine effizientere Nutzung ärztlicher Zeit ohne Qualitätsverlust. „Die OECD-Daten zeigen aber, dass wenn Telemedizin unstrukturiert eingesetzt und als Ersatz für fehlende Strukturen dient, es zu einer Fragmentierung der

Versorgung oder einem Qualitätsverlust kommen kann“, betonte Moussa. Die technische Basis für den Ausbau sei mit der e-Card-Infrastruktur gegeben: „Die nächste Phase entscheidet sich

„DIE WAHLÄRZTE SOLLEN
MIT INS BOOT GENOMMEN
WERDEN.“

nicht nur an der Technik, sondern an der gemeinsamen Ausgestaltung durch die Sozialversicherung, die Politik und den Ärztinnen und Ärzten – und auch hier sollen die Wahlärzte mit ins Boot genommen werden“, sagte Moussa. ◀

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ GEKOMMEN, UM ZU BLEIBEN

Sie ist kein neuer Trend, sondern ein disruptiver Prozess: Bei einem Workshop tauschten sich Vertreter der Österreichischen Ärztekammer mit Experten aus, wie das Potenzial bereits genutzt wird und welche Visionen es für die Zukunft gibt.

Sophie Niedenzu

Es war ein denkwürdiger Moment, der die Zukunft veränderte: Bei der Weltausstellung 1854 in New York demonstrierte Elisha Otis den Sicherheitsmechanismus beim Aufzug. Er tat dies, indem er selbst auf einem Plattformlift stand, während das Halteseil durchtrennt wurde. Der Aufzug stürzte nicht ab, das Publikum war begeistert und damit das Vertrauen in die Sicherheit von Aufzügen hergestellt. „Das größte Potenzial für Technologien nutzt am Ende des Tages nichts, wenn es kein Vertrauen in die Technologie, in das Unternehmen von Seiten des Nutzers gibt“, sagte Martin Hörmann, Government Affairs Director von Microsoft Österreich, im Rahmen eines Workshops, an dem eine Delegation der Österreichischen Ärztekammer teilnahm. Im Mittelpunkt stand das Potenzial für die Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen. „Die Künstliche Intelligenz ist gekommen, um zu bleiben“, sagte Hörmann. In einer von Microsoft beauftragten Studie kam das Economica-Institut für Wirtschaftsforschung zum Ergebnis, dass allein jene Technologien, die im Jahr 2024 verfügbar waren, ein Potenzial von über 18 Prozent des BIP-Wachstums hätten – würde man sie breitflächig einsetzen. Umgerechnet in Arbeitsstunden, die nicht ersetzt, sondern bei denen unterstützt werden könnte, seien es 2,24 Milliarden Stunden, was der Wertschöpfung von Wien und der Steiermark gemeinsam



„ES MUSS UNSERE AUFGABE SEIN,
DEN TECHNOLOGISCHEN VORSPRUNG
ZUM LAUFEN ZU BRINGEN.“

entspreche. „Das Potenzial ist riesig, Künstliche Intelligenz ist eine Chance für Österreich“, betonte Hörmann. Argumente für die Nutzung von KI seien der demografische Wandel und der Produktivitätsrückgang. KI sei die Technologie, die mit Abstand am Schnellsten in der Menschheitsgeschichte genutzt

und adaptiert wird, aber: „Jedes Land wird eigene Bildungsinitiativen für die Nutzung der KI benötigen“, ist Hörmann überzeugt. KI sei kein neuer Trend, sondern eine disruptive Technologie. Rechenzentren seien die Basis, aber der große Mehrwert entstehe nicht durch die Infrastruktur allein, sondern durch



die Nutzung der Technologie. „Es gibt derzeit keine andere Technologie, deren Investment sich schneller rentiert, daher sind wir alle dazu angehalten, die Reise jetzt zu beginnen“, schloss Hörmann seinen Vortrag ab und übergab an Markus Vogel, Kinderarzt und Chief Medical Information Officer bei Microsoft. Er stellte den KI-gestützten Assistenten für den Gesundheitssektor, Microsoft Dragon Copilot, vor, der die Dokumentationsarbeit verschlankt und mehr Zeit für eine individuelle Versorgung der Patienten ermöglicht.

KI-GESTÜTZTE DOKUMENTATION

KI müsse die Gesundheit besser machen, das sei der Slogan, so Vogel. Ziel sei eine einheitliche Plattform, in der klinische Applikationen integriert seien. Qualität sei eines der obersten Gebote, daher müssten Tools mit Anwendern und den Fachgesellschaften gemeinsam abgestimmt sein. Microsoft Dragon Copilot simuliere einen Dokumentationsassistenten durch automatisierte Ambient-Notizen: Wenn der Patient einverstanden ist, hört die KI die Gespräche über ein Raummikrofon oder das Smartphone des Arztes im Hintergrund mit und dokumentiert das Gespräch in Form von strukturierten Notizen, die im Anschluss vom Arzt überprüft, vervollständigt und freigegeben werden können. Durch die End-to-End Spracherkennung würden Dialekte verarbeitet und Hintergrundgeräusche herausgefiltert: „Es gilt die Faustregel: Sobald ein Mensch es versteht, versteht es das System auch“, berichtete Vogel. Wesentlich sei auch, dass die Schnittstellen nicht proprietär seien: „Das System ist absolut offen für die Integration in andere Systeme, etwa in Krankenhausinformationssysteme“, erklärte Vogel. Ein technologieoffenes System sei wichtig, um auch firmenübergreifend erweitert zu werden, etwa auch durch das Anhängen von speziellen Apps von Zweit- und Drittanbietern, resümierte der Radiologe Rudolf Knapp, stellvertretender

Bundeskuriobmann der angestellten Ärzte: „Die Daten für Patientinnen und Patienten zeitgleich intra- und extramural zur Verfügung zu stellen, wäre der Weg, die beiden Gesundheitsbereiche endlich zu einem sinnvollen Ganzen zum Wohle der Patientinnen und Patienten zusammenzuführen“, so seine Vision. Der nahezu vollständige Wegfall von administrativen Aufgaben würde die Arbeitsqualität für Ärzte und das gesamte medizinische Personal erhöhen.

DER ARZT ENTSCHEIDET

Es sei entscheidend, das System mit europäischen Standards, mit europäischen Daten weiter zu trainieren, berichtete Harald Leitenmüller, Chief Technology Officer bei Microsoft Österreich: „Die dialektische Sprache und das Ergebnis in der Taxonomie müssen unseren Anforderungen entsprechen“, sagte er mit Hinweis auf das Forschungsprojekt mit der Charité in Berlin. Sie ist die erste Klinik in Deutschland, die damit begonnen hat, die KI-gestützte Software von Microsoft zur Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen im klinischen Alltag zu erproben und zu trainieren. „Der Dragon Copilot ist deswegen inte-

ressant, weil damit Aufgaben delegiert werden können“, sagte Leitenmüller. Aufpassen müsse man aber mit der Erwartungshaltung: „Daten sind nicht das Gold der Zukunft, es ist die Information in einem Kontext und die Schaffung einer Wissensbasis, die im Sinne der Problemlösungskompetenz verwendet werden kann“, betonte er. Die Entscheidung trage immer der Arzt. Ein KI-System könne mehrere Modelle haben, Modelle wiederum entstünden durch Training zur Mustererkennung: „Wir suchen Muster, Ähnlichkeiten, Regeln,

um daraus Wissen abzuleiten“, sagte er. Der Dragon Copilot habe ein Modell für das Ambient Voice, damit die Sprache erkannt werde, ein Modell für den Dialog, damit es antworten und sprechen kann und ein Modell, um einen medizinischen Kontext sicherzustellen.

TECHNOLOGIEN MÜSSEN ANGEWENDET WERDEN

Die Vision für die Zukunft müsse sein, nicht nur die Prozesse effizienter zu gestalten, sondern ebenso die Patientenperspektive mit einzubringen, so Leitenmüller: „Eine Idee wäre, den Patienten als Datenträger insofern einzubinden, als dass dieser seine Daten mit einem eigenen Personal Health Agent verwaltet und somit die Gesundheitsversorgung effizienter gestaltet.“ Wirkungsvoll wäre zudem das Sammeln von Präventionsdaten, die im Erkrankungsfall berücksichtigt würden.

Die Akzeptanz und die Auseinandersetzung mit den Chancen sei eine der Herausforderungen für die Zukunft, resümierte Dietmar Bayer, stellvertretender Kuriobmann der niedergelassenen Ärzte: „Für uns Ärzte muss der Mehrwert erkennbar, die Usability und klare Quali-

„FÜR ÄRZTE MUSS DER MEHRWERT ERKENNBAR, DIE USABILITY UND KLARE QUALITÄTSSTANDARDS VORHANDEN SEIN.“

tätsstandards vorhanden sein“, betonte er. Das bedeute: Der Patient müsse wieder in den Mittelpunkt des Arztgesprächs rücken. „Alles, was uns in unserer Arbeit mit dem Patienten unterstützt, uns mehr Zeit mit dem Patienten gibt und dem Patienten Wege erspart, ist eine Bereicherung für die Patientenversorgung“, sagt er. Und Knapp ergänzt: „Die Technologie zur Lösung der allermeisten Probleme im Gesundheitswesen ist heute vorhanden, daher muss es unsere Aufgabe sein, diesen technologischen Vorsprung auch zum Laufen zu bringen.“ ◀



INTERVIEW

„KEINE ‚AUTOPILOT‘- ENTSCHEIDUNGEN“

Arzt und IT müssen sich verstehen lernen: Digital-Health-Expertin Ulrike Attenberger spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über transdisziplinäres Denken, Kompetenzkataloge für die Mediziner der Zukunft und europäische Projekte im Bereich Digital Health & KI.

Wo stehen wir derzeit beim Thema Digitalisierung? Die Digitalisierung von Gesundheitsdaten ist ein EU-weites Thema, verbunden mit Datenschutzverordnungen und dem EU-AI-Act, wo die EU versucht, einen einheitlichen Rahmen zu finden. Ich sehe es als eine der größten Aufgaben, dass wir Europäer uns auf einheitliche Regularien verständigen, um uns in unserem Rechtsraum mit unserem Rechts- und ethischen Verständnis behaupten zu können, was Data Sharing und die Entwicklung von KI-Modellen angeht, von den technischen Ressourcen ganz zu schweigen. Wir haben in der EU viel Expertise beim Thema Datenschutz und Ethik generiert, was essentiell ist: immerhin sind medizinische Daten die vulnerabelsten Daten, die ein Mensch hat. Da sollten entsprechende Ängste vor Missbrauch sehr ernst genommen werden. Aber: man darf sich von der Angst nicht lähmen lassen.

Was wären die nächsten Schritte? Wir benötigen zuallererst eine vollständige digitale Datenlandschaft. Auf einem Fax oder einem ausgedruckten Zettel kann man keine KI trainieren. Und damit meine ich im medizinischen Kontext nicht nur Bildanalyse-KI, sondern zum Beispiel auch Large Language Models (LLMs). Es gibt in Europa viele Start-Ups und interessante Ideen zum



Thema Digital Health und KI, aber im weltweiten Vergleich sind wir, vor allem, was die Hands-On Implementierung in der täglichen Anwendungspraxis angeht, in weiten Bereichen aktuell abgehängt. Und dann kommt noch der zweite Punkt: die Cybersecurity. In Bonn haben wir im Rahmen des Innovative Secure Medical Campus Projekts (ISMC) mit der Deutschen Telekom als Projektpartner unter anderem ein Cyber Security Defense Center aufgebaut und erste Erfahrung generiert, Cyber-Attacken auf einen universitären Maximalversorger abzuwehren. Insgesamt betrachtet können wir uns vor dem

Thema „Digital Health“ – und da reden wir ja noch lange nicht über KI – nicht wegducken. Wir haben in Europa einen Fachkräftemangel und eine zunehmende Überalterung in der Bevölkerung. Multimorbide Patienten brauchen einen speziellen Support in der Pflege und Versorgung. Wie wir es in Japan sehen, müssen bei einer demographisch bedingt überalternden Bevölkerung alternative und unterstützende technische Lösungen zur Versorgung gefunden werden.

Was kann sich Europa von Japan abschauen? Interessant ist der Einsatz von Hebe-Robotik und Service-Robotik in der Pflege. In Bonn haben wir – auch im Rahmen des ISMC-Projekts – gemeinsam mit dem Fraunhofer Institut einen Prototyp eines Service-Roboters eingesetzt, der auf einer Station Essen und Trinken geliefert und gescannt hat, wie die Flüssigkeits- und Kalorienaufnahme dementer Patienten ist. Die Reaktion der Patienten war sehr gut, auch das Verständnis, dass so die Pflege entlastet wird. Zusätzlich müssen Patienten gehoben und umgelagert werden, wenn etwa bei bettlägerigen Patienten auf der Intensivstation Röntgenaufnahmen gemacht werden. Das ist ein richtiger Knochenjob. Hier sehe ich weitere Einsatzgebiete für Robotik und einen Aufholbedarf in Europa.



Wie sehen Sie die Befürchtung, dass der Arzt durch digitale Tools ersetzt wird? Die große Angst ist zuerst einmal: Was ist mit der ärztlichen Ethik, wenn eine KI in eine Therapieentscheidung involviert wird? Und zweitens: Wer ist letztverantwortlich? Die KI ist derzeit als Tool zu betrachten wie das Stethoskop. Die Letztverantwortung für medizinische Konsequenzen liegt beim Arzt. Als das Stethoskop kam, war die Befürchtung groß, dass alle Ärztinnen und Ärzte das Auskultieren verlernen würden. Die Ängste, dass Fähigkeiten verloren gehen, potenzieren sich jetzt mit der KI und auch OP-Robotik. Und auch die Antworten, etwa von

erkennen, musste er nachtrainiert werden. Dieses Beispiel zeigt eindrücklich: um Bias zu vermeiden, muss eine KI also immer an ausgewogenen Kohorten trainiert werden.

Welche Projekte gibt es bereits? Auf EU-Ebene ist hier EUCAIM zu nennen, die Europäische Initiative zur Bildung im Krebsbereich. Ziel ist die Schaffung einer einheitlichen, sicheren und föderalen Infrastruktur, die Ressourcen verbindet und grenzüberschreitend zugänglich macht. Aus Wien heraus wird derzeit das EU-geförderte Forschungsprojekt AI-POD koordiniert. In einer retro- und prospektiven Studie sollen

verstehen lernen. 2022 haben wir die Sommerakademie „AI in Radiology“ ins Leben gerufen. Wir planen für September heuer erstmals den Kurs in Wien.

Was braucht es für die Medizin der Zukunft? Wir brauchen mehr transdisziplinäres Denken. Es ist eine Horrorgeschichte aus ärztlicher Sicht, dass man mit KI-Unterstützung etwas übersieht oder falsch einordnet und dann die falsche Therapie verordnet. Aber auch Menschen machen Fehler. Wir müssen uns darüber Gedanken machen, welche Fähigkeiten der Nachwuchs braucht. Ich war vor zwei Jahren auf einem Wiener Chirurgenkongress. Dort wurde diskutiert, dass viele junge Chirurgen ausschließlich minimalinvasiv robotisch ausgebildet werden, während ältere Chirurgen noch offen operieren können. Wenn wir Generationen lang nur minimalinvasiv robotisch ausbilden – wer kann bei einem Notfall offen operieren? Im Hinblick auf KI lässt sich diese Situation eigentlich auf alle medizinischen Fächer übertragen und stellt die Frage nach dem Kompetenzkatalog für Mediziner der Zukunft. Ärztinnen und Ärzte müssen so trainiert werden, dass sie KI-Aussagen nicht blind übernehmen, sondern diese einordnen können. Also eine gewisse KI-Basiskompetenz haben und gleichzeitig die „traditionellen“ ärztlichen Fähigkeiten – soweit und so fern sinnvoll – erhalten bleiben. <

„WENN WIR VORHERSAGEN KÖNNEN, WELCHE INDIVIDUELLE THERAPIE DIE RICHTIGE IST, HABEN WIR DEN JACKPOT GEKNACKT.“

LLMs, sind ja nicht immer korrekt. Wir dürfen also Curricula für die Ausbildung entwickeln, die bestimmte Kernkompetenzen für den Umgang mit KI sicherstellen, damit Ärzte die Limitationen verlässlich identifizieren, so dass Diagnose und Therapieentscheidungen nicht „autopilot“ erfolgen.

Wo sehen Sie die Chancen? Wenn es uns gelingt, Datenströme zusammenzuführen und Modelle zu trainieren, auf Basis derer wir vorhersagen können, welche individuelle Therapie bei einem Patienten die richtige ist, dann haben wir den Jackpot geknackt. Aber das ist Zukunftsmusik. Wir stehen noch am Anfang. Die Grundlagen dafür sind digitale Datenströme. Und hier ist die Qualität der Daten relevant, denn ein Bias muss erkannt und korrigiert werden. Ich habe von einer Studie gelesen, in der es darum ging, einen Algorithmus, der Melanome entdecken kann, zu entwickeln. Trainiert wurde er aber nur bei Hellhäutigen. Um Melanome auch bei dunkler Hautfarbe zu

hier Marker entwickelt werden, die ein Herz-Kreislauf-Risiko bei übergewichtigen Personen vorhersagen, unter Einbeziehung von Wearables und Gesundheits-Apps zur Risikosteuerung. Damit wären wir mit dem Einsatz von Digital Health & KI nicht mehr nur im Bereich der Erkrankungsdetektion, sondern in der Vorsorge. Das präventive Potenzial war nie größer als jetzt, weil die Rechenpower da ist, die erforderlichen vielfältigen verschiedenen Datenströme „intelligent“ zu interpretieren.

Wie holt man den medizinischen Nachwuchs für das Thema ab? Es ist zielführend, dass in Forschungsprojekten nicht nur Mediziner, sondern auch Mathematiker und Informatiker zusammenarbeiten, wie beim „Comprehensive Center for Artificial Intelligence in Medicine (CAIM)“ an der MedUni Wien. Künftig werden wir Ärztinnen und Ärzte sehr eng mit Computational Imaging- und LLM-Experten in unserer täglichen klinischen Praxis zusammenarbeiten. Arzt und IT müssen sich

INFO

ZUR PERSON

Ulrike Attenberger ist Professorin für Radiologie an der MedUni Wien und leitet die Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin sowie die klinische Abteilung für allgemeine Radiologie und Kinderradiologie am AKH Wien. Ihr Schwerpunkt liegt in der Nutzung von KI in der Medizin.

UMFRAGE

DER ARZT UND SEINE SOFTWARE



Dokumentation, Abrechnung und Patientenmanagement gehören zu den wichtigsten Funktionen einer Ordinationssoftware, die Zufriedenheit ist groß und ein Anbieterwechsel selten: Das ergab eine aktuelle Umfrage der Bundeskurie niedergelassene Ärzte zur Ordinationssoftware.

Sophie Niedenzu

Keine Zettelwirtschaft mehr, messbarer Nutzen, mehr Zeit für Patientinnen und Patienten – die Digitalisierung soll Prozesse vereinfachen und einen Mehrwert für alle bieten. Ob Rezepte, Zuweisungen, Verordnungen oder Kuranträge: Was nicht schon digital ist, soll es zukünftig werden. Dazu haben sich auch die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte und der Dachverband der Sozialversicherungsträger in der kürzlich präsentierten „Zukunftsvereinbarung“ geeinigt. Diese zeigt den digitalen Fahrplan für die nächsten Jahre vor.

Der Ausbau von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen erfordert begleitend

angepasste oder zusätzliche Module und Überarbeitungen bei der jeweiligen Ordinationssoftware. Aufgrund der aktuellen Entwicklungen im Bereich e-Health und Digitalisierung hat die Bundeskurie im vergangenen Herbst anonym die Meinung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eingeholt, insbesondere in Bezug auf die Nutzung der Ordinationssoftware, der e-Card und ELGA.

POSITIVER TENOR

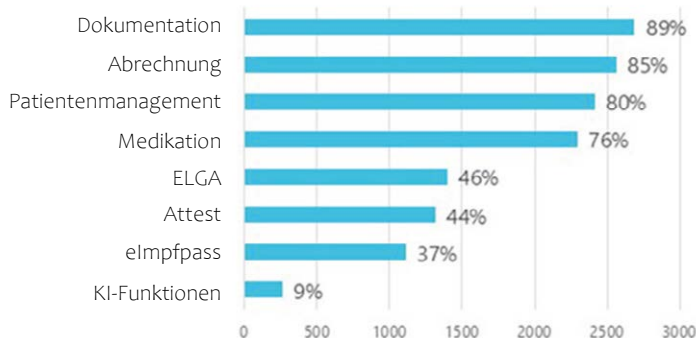
An der Umfrage beteiligten sich 3.307 Ärztinnen und Ärzte, das entspricht einer Rücklaufquote von 20 Prozent. 91 Prozent der Umfrageteilnehmer gaben

an, mit einer Arztsoftware zu arbeiten. Von den knapp neun Prozent der Ärztinnen und Ärzte ohne Arztsoftware waren fast alle Wahlärzte. Was sind die Gründe, warum manche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keine Arztsoftware verwenden? 31 Prozent sehen keinen Bedarf, für 26 Prozent ist die Software zu teuer, weitere 15 Prozent gaben an, dass die technische Infrastruktur fehle. Jene, die mit Software arbeiten, bleiben dabei dem Anbieter treu: Die aktuelle Ordinationssoftware nutzen 48 Prozent seit über zehn Jahren, weitere 25 Prozent seit ein bis fünf Jahren. Die Zufriedenheit ist groß, 70 Prozent bewerten die Software mit „Sehr gut“ oder „Gut“, ebenso verhält

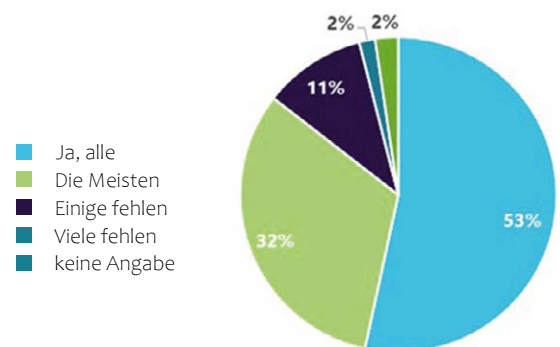
© Getty Images

Funktionen in der Ordination

Welche der folgenden Funktionen sind für Ihre Arbeit am wichtigsten? (Mehrfachauswahl möglich)



Sind alle Funktionen, die Sie benötigen, in der Ordinationssoftware enthalten?



es sich mit der Benutzerfreundlichkeit. 59 Prozent würden die Ordinationssoftware auch an Kollegen weiterempfehlen. Die Weiterempfehlung ist auch ausschlaggebend für die Wahl der Ordinationssoftware: 47 Prozent gaben an, sich aufgrund dessen für einen Anbieter entschieden zu haben. Die laufenden Kosten, beispielsweise für Lizenzgebühren und Wartung, liegen zwischen 2.500 und 5.000 Euro (41 Prozent) bzw. weniger als 2.500 Euro (21 Prozent) – 16 Prozent gaben an, jährlich zwischen 5.000 und 7.500 zu zahlen. Mit dem Preis-Leistungs-Verhältnis scheint die Mehrheit zufrieden (43 Prozent „Sehr gut“ bis „Gut“), viele beurteilen dieses auch als „durchschnittlich“ (34 Prozent). Die grundsätzliche Zufriedenheit mit der gewählten Ordinationssoftware spiegelt sich auch bei der Frage wider, ob die Befragten einen Wechsel in den nächsten ein bis zwei Jahren planen: Drei Viertel beantworteten das mit einem klaren „Nein“, 15 Prozent mit „Vielleicht“ und sechs Prozent mit „Ja“.

GERICHTETER BEFUND- UND DOKUMENTATIONS-VERSAND

Ziel der verwendeten Software ist es, die Verwaltung der täglichen Abläufe in den Arztpraxen zu unterstützen. Zu

den wichtigsten Funktionen gehören laut der Umfrage die Dokumentation (89 Prozent), die Abrechnung (85 Prozent) und das Patientenmanagement (80 Prozent). Mehr als die Hälfte gab an, dass alle notwendigen Funktionen in der Ordinationssoftware enthalten sind. Zu den zusätzlichen digitalen Tools, die in den Ordinationen verwendet werden, zählt vor allem der gerichtete Befund- und Dokumentenversand (73 Prozent), außerdem auch der Erstattungskodex (EKO) (32 Prozent) sowie die Online-Terminplanung für Patientinnen und Patienten (26 Prozent). Diese ausgewählten digitalen Tools sind bei der Hälfte der Befragten auch in ihrer Ordinationssoftware integriert. Mehr als die Hälfte der Befragten nutzt die Ordinationssoftware nicht auf mobilen Geräten wie Tablets oder Smartphones, 21 Prozent gaben an, dies regelmäßig zu tun.

ELGA-ANWENDUNGEN

Die Frage, ob eine ELGA-Anwendung, wie e-Befund, e-Medikation oder e-Impfpass, genutzt wird, bejahten 66 Prozent. Der Ansicht der ELGA-Anwendungen in der Ordinationssoftware stehen die Befragten positiv (56 Prozent „Sehr zufrieden“ und „Zufrieden“) bis neutral (26 Prozent) gegenüber. Zu beachten ist dabei, dass die Umfrage noch vor der verpflichten-

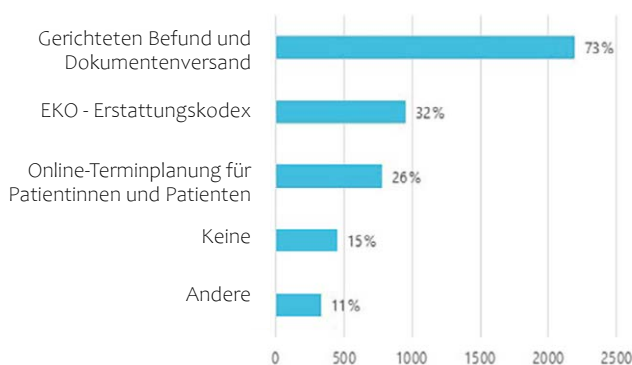
den Anbindung der Wahlärzte mit mehr als 300 unterschiedlichen Patientinnen und Patienten an das e-Card-System und der verpflichtenden Nutzung von ELGA-Anwendungen durchgeführt wurde.

KRITISCHE STIMMEN ERNST NEHMEN

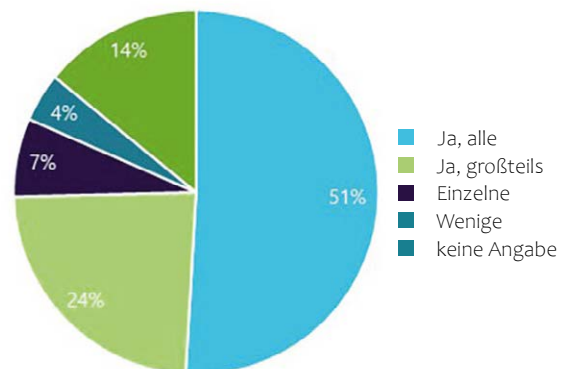
Das alles seien „erfreuliche Ergebnisse“, resümiert Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte: „Der zahlreichen Teilnahme der Ärzteschaft an der Umfrage verdanken wir, dass wir Einblick bekommen und dieses Feedback für unsere Arbeit mitnehmen können“, sagt er. Zwar überwiegen die positiven Rückmeldungen, aber auch jene Stimmen, die Kritik geäußert haben, müssten erhört werden: „Wir stehen hier mit der Vertretung der Arztsoftwarehersteller in Kontakt, um weitere Verbesserungen, etwa bei der Benutzerfreundlichkeit, zu erzielen“, ergänzt er. Man sei durch die beschlossene Zukunftsvereinbarung in engem Kontakt mit der Sozialversicherung, aber: „Ausgeklügelte Ideen für papierlose Verwaltung bringen nichts, wenn sie nicht in der Ordinationssoftware abgebildet werden, um einen tatsächlichen Mehrwert in der Patientenbetreuung zu bieten.“ <

Welche zusätzlichen Funktionen verwenden Sie in der Ordination?

Welche zusätzlichen digitalen Tools verwenden Sie für Ihre Ordination? (Mehrfachnennung möglich)



Sind die ausgewählten digitalen Tools in Ihrer Ordinationssoftware integriert?





TELEMEDIZIN

INSELN UND FRAGMENTE

Die Bundesländer kritisieren gemeinsam den Alleingang der ÖGK und fordern ein Stopp einer Ausschreibung zu einem neuen telemedizinischen Angebot. Auch die Österreichische Ärztekammer warnt vor parallelen Strukturen, vor Insellösungen und davor, Telemedizin als Allheilmittel zu sehen.

Sophie Niedenzu

Gemeinsam, statt im Alleingang: die Landesgesundheitsreferenten haben jüngst mit einem Protestbrief aufhören lassen. Das gemeinsame Schreiben erging an den Vorsitzenden des Verwaltungsrats und den Obmann der ÖGK, Peter McDonald und Andreas Huss. Grund dafür ist die aktuelle Ausschreibung der ÖGK für die Betriebsführung eines telemedizinischen Ambulatoriums inklusive einer Telemedizinplattform ab 2027. Hauptkritikpunkt sei, dass die seit 2019 zur Verfügung stehende telefonische Gesundheitsberatung 1450 zu wenig berücksichtigt werde. Zudem kritisieren die Bundesländer die mangelnde Einbindung sowie Informationsdefizite. Gesundheitspolitik sei Teamarbeit, betonte Tirols Gesundheitslandesrätin

Cornelia Hagele in der Tiroler Tageszeitung: „Telemedizin muss in bestehende Steuerungsstrukturen eingebettet werden – insbesondere rund um 1450. Alles andere schafft Doppelgleisigkeiten.“ Die ÖGK-Ausschreibung sei das Gegenteil dessen, woran derzeit Gesundheitsministerium und Bundesländer gemeinsam arbeiten, heißt es in dem Protestbrief. Im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung für das Gesundheitswesen müsse die Ausschreibung deshalb gestoppt werden.

KEIN ALLHEILMITTEL

Doppelgleisigkeit könne nicht das Ziel sein, betont auch Alexander Mousa, Leiter des ÖÄK-Referats eHealth in Ordinationen und Generalsekretär

der ÖGTeled: Seiner Meinung nach müsse Telemedizin im medizinischen Alltag in der Versorgungsebene direkt implementiert werden: „Parallele Systeme zu etablieren, etwa für Telemedizin oder Videokonsultationen, wäre fatal, denn das birgt die Gefahr einer Fragmentierung im Gesundheitssystem“, sagt er. Wissenschaftliche Betrachtungen würden zeigen, dass diese Parallelsysteme ineffizient seien und die Gesundheitsversorgung nicht verbessern würden – ganz im Gegenteil: „In erster Linie führt das zu einer Verteuerung, das allokierte Geld kann nicht adäquat in der Versorgung Wirksamkeit entfalten, deswegen ist die beste Lösung in der Versorgung immer das gemeinsame Gestalten mit den Ärztinnen und Ärzten“, sagt er. Telemedizin dürfe kei-



ne Parallelstruktur werden, sondern müsse im Bestehenden integriert werden. Beispiele etwa aus Dänemark und Estland würden zeigen, dass Telemedizin dort ihre Wirkung entfaltet, wo sie strukturiert, ärztlich verantwortet und sinnvoll in bestehende Versorgungsprozesse integriert ist. In diesen Ländern ist Telemedizin kein Parallelangebot und kein Ersatz für persönliche ärztliche Betreuung, sondern Teil der Regelversorgung – gesteuert über die Primärversorgung, mit klaren Rollen

„TELEMEDIZINISCHE LEISTUNGEN MÜSSEN AUCH IM KASSEN-LEISTUNGSUMFANG ABGEBILDET UND HONORIERT WERDEN.“

und klarer Verantwortung: „Telemedizin wird dort gezielt eingesetzt: für Verlaufskontrollen, Nachbesprechungen, Medikationsanpassungen, bei chronischen Erkrankungen oder zur raschen ärztlichen Einschätzung – also genau dort, wo sie medizinisch sinnvoll ist und einen Mehrwert bringt“, resümiert Moussa. Telemedizin sei eine Ergänzung zur kontinuierlichen Versorgung und helfe, Wartezeiten zu vermeiden oder Wege zu ersparen. Aber: „Telemedizin ist kein Allheilmittel und kann ärztliche Kerntätigkeiten, wie die körperliche Untersuchung, nicht ersetzen“, betont Moussa.

WENIGER WARTEN, SCHNELLERE DIAGNOSEN

Bevor nun parallel eine Struktur durch die ÖGK aufgebaut werde, sollten die bereits bestehenden Lösungen österreichweit in die Fläche kommen. „Wir haben leider nach wie vor Insellösun-

gen in den Bundesländern, Ziel muss sein, dieses Angebot bundesweit nach einheitlichen Standards aufzubauen und finanziell abzusichern“, betont Moussa. Positive Beispiele für erfolgreiche telemedizinische Projekte gebe es einige. Eines davon sei das 2012 im Bezirk Innsbruck gestartete Pilotprojekt „Herzmobil Tirol“. Dieses telemonitorische Versorgungsprogramm ermöglicht Patientinnen und Patienten mit drohender oder manifester kardialer Dekompensation eine nachhaltige Stabilisierung der Erkrankung. Patienten übertragen unter anderem über ein eigens programmiertes Smartphone mit spezieller Handy-App ihre Gesundheitsparameter an das Betreuungsteam. Der Erfolg wurde zuletzt 2021 wissenschaftlich untermauert: Die absolute Risikoreduktion in zwölf Monaten beträgt bei Mortalität 16 Prozent. Bei der Wiederaufnahme ins Krankenhaus beträgt die absolute Risikoreduktion nach sechs Monaten neun Prozent. Rein statistisch müssen sieben Patienten für drei Monate betreut werden, um einen Todesfall oder eine Hospitalisierung innerhalb eines Jahres zu verhindern. Das Projekt, das auch von Sozialversicherungen, Land und Tiroler Gemeindeverband unterstützt wird, wurde mittlerweile auch in der Steiermark und in Niederösterreich ausgerollt. Erfolgreich sei auch die Teledermatologie in der Steiermark. „Wir machen mit Aufsatz auf dem iPad oder auf einem Tablet Fotos, können diese dann auf einer digitalen Plattform mit unseren fachärztlichen Kollegen aus der Dermatologie teilen und bekommen sehr rasch eine Antwort“, schildert der steirische Allgemeinmediziner. Weniger Wartezeiten, schnelle Diagnose – das sei ein Beispiel für einen Mehrwert in der Gesundheitsversorgung. „Genauso wie Patientinnen und Patienten müssen auch Ärztinnen und Ärzte telemedizinische Leistungen als Unterstützung und nicht als Belastung empfinden“, sagt Moussa.

PATIENT IM MITTELPUNKT

Neben dem Ausbau von bundesweit einheitlichen Standards und österreichweiter Finanzierung von telemedizinischen Projekten ist Moussa nach eines wichtig: Dass Sozialversicherung und Länder das Potenzial von telemedizinischen Leistungen erkennen und realistisch einschätzen: „Wir werden damit keine Kassenärzte ersetzen, aber wir können das Potenzial ausschöpfen, denn die digitalen Tools helfen uns, die Versorgung kontinuierlich sicherzustellen und auch aus der Ferne den Patienten zusätzlich zum direkten Kontakt zu betreuen“, sagt er. Digitale Tools könnten helfen, Zeit zu sparen und effizienter zu therapieren – und die Zuwendung zum Patienten wieder mehr in den Mittelpunkt rücken: „Jedes Tool, das uns in der Arbeit unterstützt und hilft, in einer immer komplexer werdenden medizinischen Welt die

„WIR WERDEN MIT TELEMEDIZIN KEINE KASSENÄRZTE ERSETZEN, ABER WIR KÖNNEN DAS POTENZIAL AUSSCHÖPFEN.“

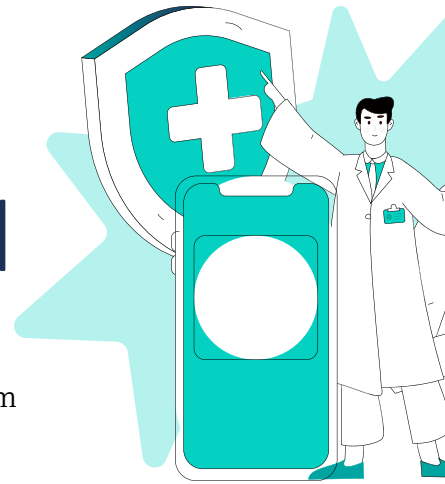
bestmögliche Therapie zum richtigen Zeitpunkt zu beginnen, ist ein Gewinn“, ist Moussa überzeugt. Diese Entwicklung könnten Sozialversicherungsträger unterstützen: „Zum einen müssen digitale Projekte wie die Telemedizin auf breiter Basis und österreichweit gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten gestaltet werden, zum anderen sollten die Sozialversicherungsträger dafür sorgen, dass diese telemedizinischen Leistungen auch im Kassen-Leistungsumfang abgebildet und honoriert werden“, sagt Moussa. ◀

DIGITALE ZUWEISUNG

PAPIER WAR GESTERN

Die elektronische Zuweisung ist das erste Projekt, das als Ergebnis des beschlossenen digitalen Fahrplans zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Dachverband umgesetzt wird – mit Hilfe eines Antragscodes.

Sophie Niedenzu



Papier war gestern, elektronisch ist die Zukunft: Nachdem der Dachverband und die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer gemeinsam in einer Pressekonferenz dem Papier den Kampf angesagt haben, nimmt der erste Teil der beschlossenen Zukunftsvereinbarung, ein digitaler Projektfahrplan, Form an: die digitale Zuweisung steht in den Startlöchern. Ob die Zuweisung zu CT, MRT, zur humangenetischen Untersuchung, zu klinisch psychologischer Diagnostik, zu einer nuklearmedizinischen Untersuchung, zur Knochendichtemessung und in späterer Folge zur Röntgen-Therapie oder zum Röntgen und zur Sonographie: Kassenärzte sind ab 1.10.2027 verpflichtet, diese Zuweisungen digital durchzuführen. Noch heuer soll ein so genannter Softstart erfolgen – Kassenärzte sowie Wahlärzte mit Nutzungsvereinbarung können auf freiwilliger Basis in der Pilotierungsphase die digitale Zuweisung nutzen: „Die papierlose Zuweisung wird langsam ausgerollt, zudem wird es eine einmalige Förderung für Kassenärzte für die Software-Adaptionen geben, diese wurde bereits mit dem Dachverband beschlossen“, berichtet Edgar Wutscher, Vizepräsident der Österreichischen Ärztekammer und Bundeskurienobmann der niedergelassenen Ärzte. Die finanzielle Unterstützung sei eine der wesentlichen Forderungen der Österreichischen Ärztekammer gewesen: „Es ist nicht einzusehen, dass die Kosten für technische Infrastruktur, Softwareumstellungen und laufende digitale Anpassungen für politisch induzierte Digitalisierungsmaßnahmen

von den Ärztinnen und Ärzten selbst zu tragen sind“, sagt Wutscher. Die einmalige Auszahlung der Fördergelder an die Kassenärzte erfolge dabei automatisch, die Förderauszahlungen durch den

gen Antragscodes und der Sozialversicherungsnummer aus dem e-Card-System abgefragt und in Folge für die Leistungserbringung übernommen. Ruft der Patient telefonisch an, oder

„ES WIRD EINE EINMALIGE FÖRDERUNG FÜR KASSENÄRZTE FÜR DIE SOFTWAREADAPTIONEN GEBEN.“

Dachverband würden monatlich für die Österreichische Ärztekammer lückenlos nachvollziehbar gemacht werden: „Die Softwareindustrie wurde über den Förderprozess informiert, auch über die von der Sozialversicherung bzw. SVC geplanten Erweiterungen, etwa in Bezug auf eine bessere Usability“, sagt Wutscher.

ZUWEISUNG MIT ANTRAGSCODE

Ausgenommen von der verpflichtenden Verwendung sind jene Kassenärzte, die zum 1.10.2027 das 68. Lebensjahr bereits vollendet haben oder die Einzelverträge bis 30.9.2027 kündigen und der Einzelvertrag spätestens am 31.12.2027 endet. Zudem gilt die verpflichtende Ausstellung von elektronischen Zuweisungen nicht bei Hausbesuchen bzw. Hausbesuchen in Heimen – hier sind allfällige Zuweisungen im Nachgang elektronisch in der Ordination zu erfassen. Patientinnen und Patienten erhalten mittels SMS oder E-Mail einen Antragscode für die Zuweisung, alternativ kann dies über ein Informationsblatt erfolgen. Die e-Zuweisung wird durch die Eingabe dieses sechsstelligen

vereinbart schriftlich oder persönlich einen Termin zur Durchführung der zugewiesenen Leistung, dann wird dieser Termin mit Hilfe des Antragscodes und der Sozialversicherungsnummer dokumentiert und reserviert, sodass keine weiteren Termine bei anderen Instituten parallel ausgemacht werden können: „Das schafft eine Planungssicherheit bei der Terminvergabe für die zugewiesenen Ärztinnen und Ärzte, es werden Dopplungen unterbunden und Wartezeiten für andere Patientinnen und Patienten aufgrund von Mehrfachterminreservierungen vermieden“, sagt Wutscher.

PAPIERLOS UND EFFIZIENT

Bei der Umsetzung der e-Zuweisung seien Bedenken und Kritiken der Österreichischen Ärztekammer, die im Zuge der Diskussion und der Planung der elektronischen Zuweisung mit eKos formuliert wurden, mitbedacht worden: „Umso mehr freut es mich, dass wir nun mit der elektronischen Zuweisung einen gangbaren Weg gefunden haben, um die Patientenversorgung effizienter zu gestalten und dabei Papier zu sparen“, sagt Wutscher. ◀



SICHERE UNTERSTÜTZUNG

Gesundheitsdaten sind heiß begehrt und besonders schützenswert. Ein Service-Tool der Bundeskurie unterstützt Ärztinnen und Ärzte, die verpflichtende Dokumentation in einem sicheren Umfeld zu gewährleisten.

Sophie Niedenzu

Für die Patientenversorgung sind sie essentiell, für die Cyberkriminalität ein willkommenes Geschäft: In einer zunehmend digitalisierten Medizin ist der Schutz der Gesundheitsdaten wichtiger denn je. Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich dazu verpflichtet, ein schriftliches Protokoll ihrer Datensicherheitsmaßnahmen zu führen – das sogenannte IT-Sicherheitskonzept. Umfang und Ausgestaltung dieser Dokumentation ist ebenfalls gesetzlich festgehalten. Dazu gehört unter anderem die Festlegung und Dokumentation der Aufgabenverteilung zwischen allen Beteiligten, die Belehrung aller Beteiligten über die Datenschutzvorschriften und die Regelung der Zutrittsberechtigung zu den Räumlichkeiten der Ordination und der Zugriffsberechtigung auf Daten und Programme. Es muss sichergestellt sein, dass Unbefugte keinen Zutritt zu Gesundheitsdaten erhalten, etwa aufgrund von nicht-passwortgestützten Computern, wenn das Personal in der Ordination gerade abwesend

ist. Zudem sei beim Öffnen von Anhängen oder Mails besondere Vorsicht geboten, sagt Alexander Moussa, Leiter des ÖÄK-Referats für e-Health in Ordinationen. „Das Ordinationsnetzwerk sollte durch technische Maßnahmen wie Firewalls geschützt sein und die Datensicherung mit externen Datenspeichern erfolgen, und nicht direkt im Netzwerk“, gibt er Beispiele für ein sicheres Umfeld.

INDIVIDUELLE CHECKLISTE

Die Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte unterstützt die Ärzte mit einem Service-Tool. Beim so genannten IT-Sicherheitskonzept handelt es sich um einen Online-Fragenkatalog, mit dem Kapitel für Kapitel die Dokumentation so präzise, zeitsparend und einfach wie möglich abgearbeitet werden kann. Diese Checkliste hilft, zu erfassen, ob die Ordinationen die Sicherheitsstandards erfüllen – und wo Verbesserungsbedarf besteht. Denn eines ist klar: in Zeiten von smarten, WLAN-fähigen Geräten wird die Dokumentation komplexer und zeitaufwändiger. Das IT-Sicherheitskonzept verfügt über zahlreiche Features, die die Verwendung noch angenehmer machen. Es ist beispielsweise möglich, den Fragebogen jederzeit zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen, ohne dass die bereits eingegebenen Informationen verloren gehen. Einzelne Kapitel können elektronisch weitergegeben werden, ohne gleich die restlichen Kapitel preiszugeben – ein unschätzbare Vorteil für Ärzte, die mit einem exter-

nen Dienstleister zusammenarbeiten. Für auftauchende Fragen wurde eine eigene Support-Hotline auf die Beine gestellt und ein FAQ-Bereich gestaltet. Weiters lassen sich Themenelemente zur späteren Beantwortung markieren. So kann eine individuelle Checkliste erstellt werden. Eine farblich unterschiedlich gestaltete Auswertung zeigt auf einen Blick an, wie die Bewertung der Angaben aus Sicht der Bundeskurie aussieht: Grün bedeutet, dass dieses Kapitel keine Probleme erwarten lässt. Gelb bedeutet, dass manche Maßnahmen fehlen oder Vorgehensweisen verbessert werden sollten und Rot bedeutet, dass dieses Kapitel nicht befriedigend abgeschlossen ist und wesentliche Risiken bestehen, einen Schaden zu erleiden. So ist auf einen Blick ersichtlich, in welchen Bereichen noch

„DIE DATENSICHERUNG SOLLTE MIT EXTERNEN DATENSPEICHERN ERFOLGEN, UND NICHT DIREKT IM NETZWERK.“

Verbesserungsbedarf besteht: „Grundsätzlich darf nicht vergessen werden, dass ein Datenleak immer wesentlich teurer kommt und mit mehr Zeitaufwand verbunden ist, als sich mit der Sicherheit seiner Ordination zu befassen“, sagt Moussa: „Das IT-Sicherheitskonzept wird auch laufend evaluiert und aktualisiert, das ist natürlich ebenso wichtig wie sichere Daten.“ <

INFO

Das IT-Sicherheitskonzept der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer unterstützt seit Herbst 2021 Ärzte mit Ordinationen darin, die IT-Sicherheit in ihrer Ordination zu prüfen.

Der Login funktioniert mittels SSO über die URL: <https://itsicherheitskonzept.aerztekammer.at/>.

DIGITALE NUTZUNG

DATEN FÜR DIE FORSCHUNG

Die Weiterentwicklung von ELGA ist Teil der eHealth-Strategie Österreich und für die Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums unerlässlich. Ebenso muss die Struktur für eine sichere Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten aufgebaut werden.

Sophie Niedenzu

Es sei ein lebendes Dokument, das stets weiterentwickelt werde: So bezeichnet Alexander Degelsegger, Abteilungsleiter Digitalisierung und Dateninfrastruktur bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die erste eHealth-Strategie. Die GÖG hat Bund, Länder und Sozialversicherung bei der Erstellung der bundesweiten Strategie für die Digitalisierung im Bereich Gesundheit unterstützt. In der Umsetzungsphase gehe es jetzt viel um Konzeption und Abstimmungsarbeit. „Wir haben einige Projekte in der Pipeline, wie e-Bilddaten als bereits in Ausrollung befindliche ELGA-Anwendung, die elektronische Patientenverfügung, den elektronischen Eltern-Kind-Pass und den digitalen Medikationsplan“, sagt Degelsegger. Zudem würde durch die Umsetzung des Europäischen Raums für Gesundheitsdaten (EHDS) Schwung in die digitalen Entwicklungen kommen.

CROWDSOURCING STATT DATENSILOS

Neben der Patientenkurzakte ist die sichere Weiterverwendung von Gesundheitsdaten ein großes Thema im EHDS. Bisher sei Österreich durch Datensilos gekennzeichnet und auch sämtliche Daten in der ELGA Infrastruktur von Sekundärnutzung ausgenommen. „Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass wir in Österreich für die Sekundärnutzung auch für die gesundheitspolitische Planung und Steuerung zwar relevante Datenbestände haben, die aber nicht systematisch nutzen“, sagt

er. Es sei ein Paradigmenwechsel im EHDS: Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten für legitime Zwecke werde zur Norm. Legitime Zwecke inkludieren etwa die Verbesserung der Versorgung oder Systemsteuerung sowie Forschung und Innovation. „Das sind auch gute Nachrichten für Ärztinnen und Ärzte, denn sie können einfacher gemeinsam an Leitfäden, Patientensicherheitsmaßnahmen, Prozess- und Versorgungsver-

„FORSCHERINNEN UND FORSCHER WERDEN MIT GESUNDHEITSDATEN ARBEITEN KÖNNEN.“

besserung arbeiten“, sagt Degelsegger. Im EHDS ist die Sekundärnutzung der Gesundheitsdaten dabei stark reglementiert: sie muss in einer zeitlich befristeten sicheren Umgebung erfolgen, Daten dürfen nicht heruntergeladen werden, zudem muss die Bereitstellung der Daten über eine öffentliche Gesundheitsdaten-Zugangsstelle erfolgen – und zwar antragsbezogen, anlassbasiert und anonymisiert. Die GÖG unterstütze hier das Bundesministerium in den Vorarbeiten. Die Entwicklung sei vergleichbar mit einer Art Crowdsourcing: „Wir werden keine Datensilos mehr haben, die für eine kleine Zielgruppe zur Verfügung stehen, sondern es werden unter anderem Forscherinnen und Forscher mit Gesundheitsdaten arbeiten können, wenn sie ein berechtigtes Interesse haben“, sagt Degelsegger. Durch den EHDS würden

einheitliche Datenkataloge entstehen sowie Informationen zur Datenqualität bereitgestellt werden. Die informationelle Selbstbestimmung werde gewahrt, weil alle EU-Länder verpflichtend ein Opt-Out-System implementieren müssten. Ärztinnen und Ärzte mit Ordinationen müssten jedenfalls keine Sorge haben, dass Anfragen zur Nutzung ihrer Patientendaten kämen: „Einzelordinationen mit ihrer Arztsoftware werden nicht von Anfragen zu Sekundärdatennutzung betroffen sein“, sagt Degelsegger.

IMPF-REMINDER

Die Weiterentwicklung von ELGA sei allein aufgrund des EHDS notwendig. Das Ziel der eHealth-Strategie seien auch patientenseitige Anwendungen für die Interaktion. In seinem Ursprung sei ELGA als Tool für die ungerichtete Kommunikation von Gesundheitsdaten geschaffen worden: „Es ging darum, dass Ärztinnen und Ärzte relevante Befunde und Medikationsdaten für die Patientenversorgung haben, die patientenseitigen relevanten Anwendungen standen nicht im Vordergrund“, sagt Degelsegger. Als Beispiel nennt er etwa die Implementierung eines Reminders, wann und welche Impfungen durchzuführen sind. Eines sollte bei der Umsetzung einer digitalen Gesundheitsstrategie nie vergessen werden, so Degelsegger: „Digitalisierung ist kein Heilsbringer, sondern ein Rädchen im Werk für die Gesundheitsversorgung, sie soll das Gesundheitssystem inklusiver machen – aber nicht Exklusion bringen.“ ◀

INTERVIEW

„DYNAMISCHES
FELD“

Der eHealth-Experte Alexander Degelsegger spricht im Interview mit Sophie Niedenzu über bundesweite digitale Lösungen, organisatorische und finanzielle Fragen, Telemedizin und die evidenzbasierte Implementierung von digitalen Gesundheitsapps.

Sophie Niedenzu

In der eHealth-Strategie ist die Umsetzung von „digital vor ambulant vor stationär“ festgehalten. Wie sieht es mit der telemedizinischen Nutzung in Österreich aus? Im Vergleich mit anderen Ländern haben wir in Österreich weniger digitale Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten, etwa in Form von Videosprechstunden. Telemedizin kann sowohl zwischen Ärztinnen und Ärzten als Telekonferenz oder Telekonsil eingesetzt werden als auch in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Stichwort Telekonsultation und Telemonitoring. Da gibt es viel Luft nach oben. Telemedizin ist ein dynamisches Feld und es besteht hier auch die Gefahr, dass sich private Parallelsysteme aufbauen könnten, die unser öffentliches solidarisches Gesundheitssystem aushöhlen. Daher ist es wichtig, dass wir in der öffentlichen Versorgung solide, gut funktionierende digitale Tools etablieren.

Welche Vision gibt es hier? Es wird viel experimentiert, aber es gibt noch keine große bundesweite Lösung. In Wien etwa kann man über die Gesundheitshotline 1450 einen Termin für eine Videokonsultation bekommen, österreichweit ist das aber nicht ausgerollt. Aus Sicht von Public-Health-Evidence müssten wir jetzt in regionalen und fachspezifischen Settings schauen, was sinnvolle Anwendungsbeispiele speziell in der Videokonsultation sind – und dann skalieren. Der Bedarf hängt auch von finanziellen und rechtlichen Entscheidungen ab: Kann



man eine Krankschreibung oder Gesundheitschreibung über Videokonsultation machen? Und in welchen Themenbereichen und Krankheitsbildern ist eine Konsultation per Video überhaupt medizinisch möglich und auch sinnvoll?

Es gibt einige e-Health-Projekte in einzelnen Bundesländern, wie etwa Herz Mobil. Wie kommen diese in die bundesweite Regelversorgung? Der Wille ist da, telemedizinische Angebote in der Prävention und Versorgung sind auch Teil der eHealth-Strategie. Wir müssen an Finanzierungs- und Organisationszusammenhängen arbeiten, die aktuell eine bundesweite Ausrollung erschweren. Denn die technische Innovation per se ist meist nicht das Problem. Es geht vor allem um Organisations- und Prozessinnovationen und darum, dass wir in Arbeitsabläufe und Finanzierungssysteme eingreifen müssen. Die Finanzierung von Telemonitoring-Programmen

etwa muss in jedem Bundesland separat verhandelt werden, weil die Versorgung von Patientinnen und Patienten jeweils unterschiedlich organisiert ist.

Wie steht es um die Einführung von Digitalen Gesundheitsapps, sogenannten DiGAs? Die Arbeiten an einem einheitlichen Bewertungsprozess, der die Grundlage für die Erstattung ausgewählter DiGAs ist, gehen voran und sollen 2027 abgeschlossen sein. Wichtig ist, hier auch die Ärzteschaft einzubinden. Es bringt nichts, wenn es DiGAs gibt, die erstattet werden, sich aber niemand damit auskennt und diese verschreibt. Es gibt viele verschiedene DiGAs und diese müssen bewertet werden: Sind sie substitutiv oder additiv, also verbessern sie die Patientenversorgung oder gleichen sie eine Unterversorgung aus? Ein Bewertungsmechanismus ist wichtig, weil nicht alle DiGAs gleich effektiv und sicher sind und die entsprechende Qualität aufweisen. Das Ziel ist ein transparentes, evidenzbasiertes System, um ausgewählte DiGAs dann in die bedarfsorientierte Erstattung durch die autonom agierenden Sozialversicherungsträger aufzunehmen. ◀

Nach Redaktionsschluss wurde bekannt, dass Alexander Degelsegger mit 1. Mai von der GÖG ins Gesundheitsministerium wechselt: Er übernimmt die Leitung der neu geschaffenen Sektion X mit dem Schwerpunkt Gesundheitssystem und Digitalisierung des Gesundheitswesens.

