

POSITIONSPAPIER zu neuer ELGA-Anwendung e-Diagnose

Konzept für nationales Diagnose- & Allergieverzeichnis mit SNOMED-Terminologie

Management Summary

Einleitung: Vor dem Hintergrund der ab dem 1. Januar 2025 verpflichtenden Diagnosecodierung im ambulanten Bereich (Ambulante Diagnosecodierung, AMBCO), die sowohl Kassen- als auch Privatärzte umfasst und der geplanten quartalsweisen Meldung aller Patientenkontakte nach ICD-10 an die Sozialversicherungsträger, ergeben sich Bedenken bezüglich Umsetzbarkeit, Datenqualität, Akzeptanz und administrativem Mehraufwand des bisherigen Ansatzes.

Kritik am aktuellen Konzept:

1. Hoher administrativer Aufwand für jede neue **Codierung je Besuch**.
2. Mögliche **niedrige Datenqualität** und **limitierter Nutzen** der Daten.
3. **Unzureichende Detailgenauigkeit** von ICD-10 gegenüber SNOMED-Terminologie.
4. **Disproportionale Belastung**, besonders im Privatsektor.
5. **Datenschutzrechtliche** Unverhältnismäßigkeit.
6. Unrealistischer **Zeitplan**.

Vorgeschlagenes alternatives Konzept ELGA-Anwendung e-Diagnose: Das neue Konzept basiert auf einer patientenzentrierten Diagnose- und Allergiedokumentation innerhalb der ELGA-Infrastruktur mittels **SNOMED-Terminologie**. Dieser Ansatz integriert bewährte Methoden in ein innovatives Konzept für ein nationales Diagnose- und Allergieverzeichnis, das eine zentrale, effiziente und qualitative Erfassung von Diagnosen und Allergien ermöglicht.

Vorteile des e-Diagnose Konzepts:

- **SNOMED-Terminologie** für präzise medizinische Dokumentation bei einfacher Umwandelbarkeit in ICD-10
- **Neue ELGA-Anwendung** mit spezifischem Opt-Out
- **Automatisierte Erfassung und Integration in den Medikationsprozess** für minimierten Implementierungsaufwand und verbesserte Datenqualität.
- **Labordatenintegration** für Allergiedokumentation.
- **Effiziente Erstellung des Patient Summary** durch automatisierte Nutzung des Verzeichnisses.
- **Optimierte sekundäre Datennutzung** für Forschung und Gesundheitspolitik.
- erweiterter Zugang für Gesundheitsdienstleister **ohne feste Bindung an das e-card-System**
- **Langfristiger, nachhaltiger Nutzen** bei längerfristiger Implementierungszeit (1.1.2027)

Fazit: Das vorgeschlagene Konzept der ELGA-Anwendung e-Diagnose bietet eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem aktuellen ICD-10-basierten Ansatz, indem es eine patientenorientierte Lösung für Diagnose- und Allergiedokumentation im österreichischen Gesundheitssystem präsentiert. Durch dessen Implementierung könnten die Patientenversorgung langfristig verbessert, der administrative Aufwand für Gesundheitsdienstleister reduziert und eine solide Basis für präzise medizinische Forschung und Gesundheitspolitik gelegt werden. Eine entsprechende Grundlage für diese Anwendung bildet heute schon die aktuelle Art. 15a Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2024-2028 in Artikel 7 Abs. 3 Z2.

Einleitung:

Die Regierung hat beschlossen, ab dem 1. Januar 2025 eine verpflichtende Codierung von Diagnosen im ambulanten Bereich einzuführen (Ambulante Diagnosecodierung AMBCO). Dies betrifft sowohl Kassenärzte als auch Privatpraxen. Gemäß den aktuellen Planungen, die während einer Informationsveranstaltung für Hersteller von Arztsoftware am 12. Februar 2024 vorgestellt wurden, sollen Ärztinnen und Ärzte künftig **alle Patientenkontakte je Besuch personenbezogen inklusive der zugehörigen Diagnosecodes nach ICD-10 quartalsweise** an die Sozialversicherungsträger melden. Diese leiten die Informationen anschließend an den Dachverband weiter, der sie wiederum dem zuständigen Ministerium übermittelt.

Diese Vorgehensweise erweckt Verwunderung, da die ambulante Leistungscodierung nach ICD-10, die bereits seit vielen Jahren etabliert ist, bis heute mit **erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten im spitals-ambulanten Sektor** konfrontiert ist. Vor diesem Hintergrund erscheint es unwahrscheinlich, dass ein Konzept, welches bereits im stationär-ambulanten Bereich Herausforderungen birgt, im niedergelassenen Sektor erfolgreich implementiert werden könnte.

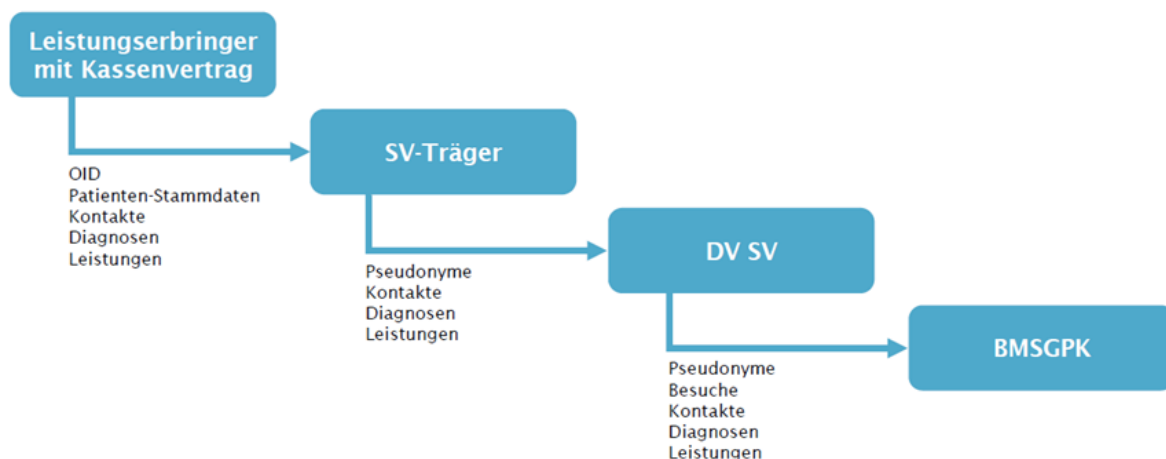


Abbildung 1 Geplanter Datenfluss ambulante Diagnosecodierung ab 1.1.2025

Kritikpunkte an der ambulanten Diagnosecodierung mittels ICD-10 umfassen unter anderem:

- **Erheblicher Aufwand:** Die Notwendigkeit, bei jedem Patientenkontakt den Diagnosecode neu melden zu müssen, stellt einen beträchtlichen Aufwand dar.
- **Potenziell geringe Datenqualität:** Aufgrund des hohen Kodierungsaufwands könnten Ärzte dazu neigen, pauschal Codes wie "unbekannte Diagnose" zu verwenden. Auch das Problem des „immer wieder von anderen Abschreiben“ ist eine bekannter Problemfaktor.
- **Eingeschränkter Nutzen der Daten:** Die so erhobenen Daten dienen ausschließlich statistischen Zwecken und sind für die direkte patientenbezogene Weiterbehandlung, im Gegensatz zu Systemen wie ELGA, nicht vorgesehen.
- **Unzureichende Detailgenauigkeit der ICD-Codierung:** Das ICD-System ist aufgrund seiner begrenzten Detailliertheit wenig geeignet für die medizinische Dokumentation. Es dient primär statistischen und abrechnungstechnischen Zwecken, während die SNOMED-Terminologie eine präzisere Alternative bietet.

- **Erwartbar schlechte Akzeptanz der Ärzteschaft:** Aufgrund des fehlenden Mehrwertes bei gleichzeitig höherem Aufwand, ist seitens der Ärzteschaft eine sehr geringe Compliance zu erwarten.
- **Unverhältnismäßigkeit der Datenübermittlungswege und -mengen:** Die vorgesehenen Übermittlungswege und der Umfang der Datenerhebung erscheinen für den alleinigen Zweck der Statistik überdimensioniert und könnten bei einer Prüfung auf Datenminimierung nach DSGVO als unangemessen betrachtet werden.
- **Besondere Unverhältnismäßigkeit im Privatsektor:** Insbesondere für den Privatbereich wäre eine direkte, pseudonymisierte Meldung an das Ministerium als Mittel zur statistischen Datenerhebung angemessener.

Angesichts dieser Bedenken braucht es ein **zielgerichtetes Gegenkonzept**, das den Bedürfnissen von Patienten und Ärzten besser gerecht wird. Dieses Konzept berücksichtigt die genannten Kritikpunkte und strebt eine praktikablere Lösung an.

Alternatives Konzept ELGA-Anwendung e-Diagnose

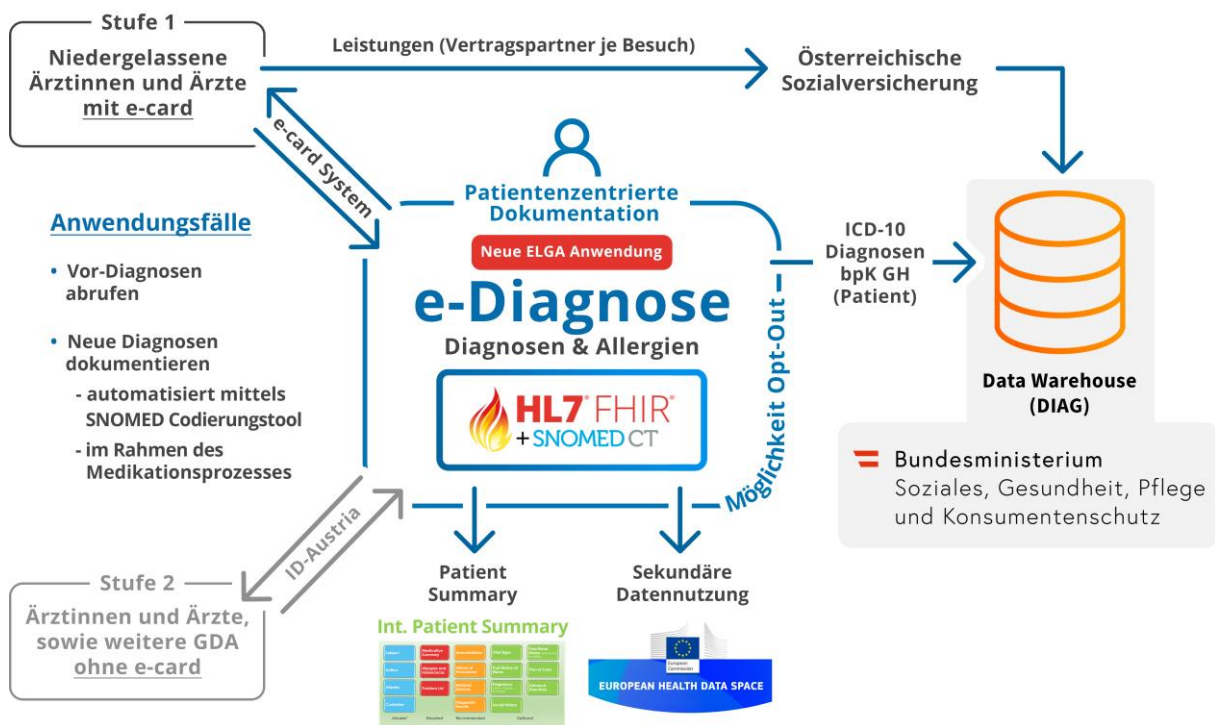


Abbildung 3 Konzept ELGA-Anwendung e-Diagnose

Dieses Konzept verfolgt den Ansatz, eine **patientenzentrierte Diagnose- und Allergiedokumentation** zu implementieren, die analog zum bestehenden Impfreister innerhalb der ELGA-Infrastruktur funktioniert. Es greift die bewährten Praktiken und positiven Erfahrungen aus der langjährigen Arbeit mit ELGA und dem Impfreister auf, um diese in einem innovativen Ansatz für ein nationales Diagnose- und Allergieverzeichnis zu integrieren. Unser Ziel ist es, eine patientenorientierte Lösung zu etablieren, die es ermöglicht, Diagnosen und Allergien möglichst automatisiert, zentral und mit hoher Datenqualität mittels SNOMED-Terminologie zu dokumentieren. Vorbild ist u.a. das im Rahmen der Einführung des Patient Summary in Portugal etablierte zentrale Allergieregister.

Ein wesentlicher Vorteil dieses Vorschlags ist die Ausrichtung auf die Bedürfnisse und die medizinische Geschichte der Patienten, was eine **präzisere und individuellere Patientenversorgung** fördert. Durch die Bündelung der Daten in einem nationalen Verzeichnis können zudem Redundanzen und Mehrfachcodierungen vermieden werden, was die Datenintegrität stärkt und den administrativen Aufwand für Gesundheitsdienstleister reduziert.

Es ist anzumerken, dass die **vollständige Umsetzung dieses neuen Konzepts bis zum 1. Januar 2025 unmöglich** ist – Details zum Zeitplan siehe unten. Nichtsdestotrotz überwiegen die langfristigen Vorteile: Eine nachhaltigere, datengestützte Patientenversorgung und eine verbesserte Qualität medizinischer Dokumentation. Daher plädieren wir für eine schrittweise Einführung, die es ermöglicht, die Strukturen und Prozesse sorgfältig zu planen und umzusetzen, um so den größtmöglichen Nutzen für Patienten, Ärzte und das Gesundheitssystem insgesamt zu erzielen. Im Gegenzug sollte die derzeit geplante quartalsweise Meldung der ICD-10 Diagnosen nicht umgesetzt werden.

Verwendung von SNOMED-Terminologie für die Dokumentation

Die Verwendung der **SNOMED-Terminologie** für die codierte Dokumentation von Diagnosen und Allergien wird gegenüber den ICD-10 Codes bevorzugt. SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) bietet im Vergleich zu ICD-10 eine höhere Eignung und Präzision für medizinische Diagnosen. Während ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) hauptsächlich für statistische Auswertungen und Abrechnungszwecke konzipiert ist, ermöglicht SNOMED eine detaillierte und nuancierte medizinische Dokumentation. Angesichts der fortschreitenden Digitalisierung des Gesundheitswesens und der steigenden Anforderungen an die Datenqualität ist es essenziell, eine Terminologie zu nutzen, die medizinische Informationen genau und umfassend abbildet.

Seit 2018 agiert die **ELGA GmbH** als nationales SNOMED Release Center, was die Verfügbarkeit von öffentlich finanzierten Lizenzen für SNOMED in Österreich sichert. Darüber hinaus wurde in Kooperation mit Deutschland und der Schweiz eine Übersetzung des Katalogs vorgenommen. Diese Entwicklungen bieten eine solide Grundlage für die Integration von SNOMED in die medizinische Dokumentation und die elektronische Gesundheitsakte (ELGA).

Die Anbindung an das Kooperationsprojekt der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems, der Med Uni Graz und der ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) einer **SNOMED-CT basierten Austrian-Reference-Terminology** bietet zusätzliche Synergien. Zu Bedenken ist aber, dass die Referenzterminologie aktuell nur die Allgemeinmedizin, das International Patient Summary (IPS), die Augenheilkunde und Allergien und Toxikologie abdeckt. Die weiteren Sonderfächer müssen natürlich zeitnah in die Referenzterminologie aufgenommen werden und alle Fachärztinnen und -ärzte mit im Boot sein.

Ziel dabei wäre eine **automatische Codierung** im Rahmen der Dokumentation. Die Dokumentation und die Codierung müssen zusammengeführt werden und den Anwenderinnen und Anwendern Zeit gespart werden. Daher muss von Beginn an eng mit den Softwareherstellern kooperiert werden. Durch die Einbindung der Grazer Interface Terminology for SNOMED-CT der Med Uni Graz steht eine umfassende Datenbank als Referenzvokabular für die automatische Codierung und in weiterer Folge zur Entwicklung von unterstützender künstlicher Intelligenz in Form von großen Sprachmodellen (LLMs) zur Verfügung. Es ist eine KI-unterstützte „Diagnose-Code-Erkennung“ anzustreben.

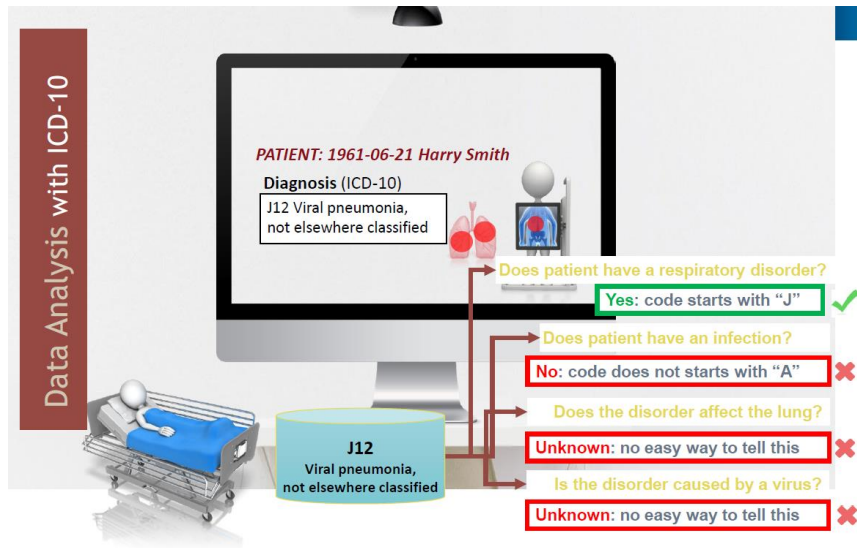


Abbildung 2 Codierung mit ICD-10

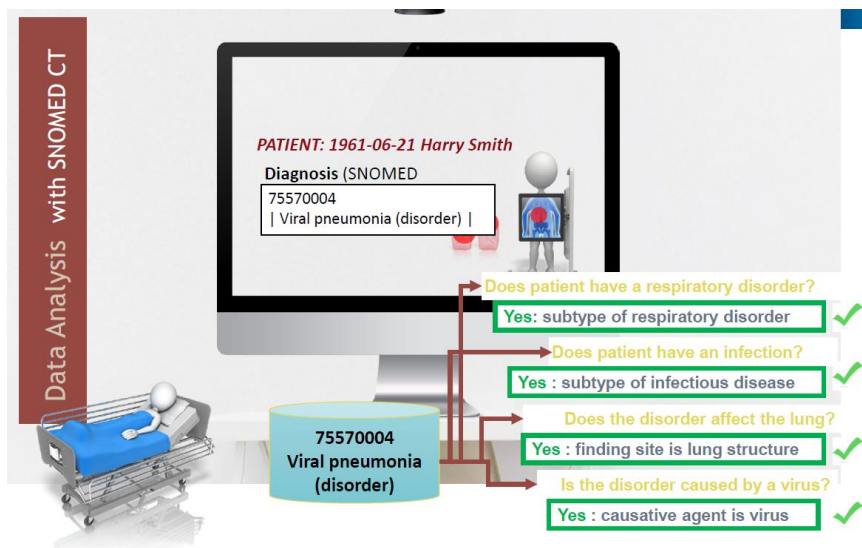


Abbildung 3 Codierung mit SNOMED-Terminologie

Aus dem ICD-10 (Abbildung 2) kann man ableiten, dass es sich um eine Erkrankung der Atemwege handelt. Die Attribute „infektiös“, „Lunge“ und „viral“ kann man mit ICD-10 nicht auswerten. Durch die Vernetzung der Attribute in SNOMED (Abbildung 3) ist das jedoch möglich. Außerdem ist ICD-10 für Allergien und seltene Erkrankungen ungeeignet.

Um den Erfolg der Anwendung abzusichern, sollten gezielt **Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte** in der Dokumentation mit SNOMED angeboten werden.

Der Bereich **psychische Erkrankungen** wird derzeit mit SNOMED nicht ideal abgebildet; hier funktioniert aber ICD-10 auch nicht, sondern nur DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders). Aufgrund der aktuellen Sonderstellung von psychischen Erkrankungen in ELGA (Opt-In), sollte dieser Bereich in einer späteren Projektphase geklärt werden.

Entwicklung einer neuen ELGA-Anwendung e-Diagnose gemäß GTelG

Wir empfehlen für e-Diagnose die Einführung einer spezifischen Regelung im Rahmen des Gesundheits-Telematik-Gesetzes (GTelG), die es ermöglicht, auf eine neue Anwendung mit einem **anwendungsspezifischen Opt-Out**, ohne die Notwendigkeit für einen situativen Widerspruch (SOO), zuzugreifen. Diese Regelung würde es den Patienten erlauben, bestimmte sensible Diagnosen, wie beispielsweise aus dem Bereich der Psychiatrie, nachträglich aus ihrer elektronischen Gesundheitsakte zu entfernen. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen mit ELGA erwarten wir, dass die Widerspruchsrate bei dieser neuen Anwendung bei etwa 3% liegen wird, ähnlich der aktuellen Rate bei ELGA.

Eine entsprechende Grundlage für diese Anwendung bildet heute schon die aktuelle **Art. 15a Vereinbarung** über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2024-2028 in Artikel 7 Abs. 3 Z2. Dort heisst es: „... weitere eHealth- und ELGA-Anwendungen, z.B. soll die bundesweit einheitliche Diagnosecodierung für alle weiteren GDA in ELGA sichtbar gemacht und die „patient summary“ in ELGA implementiert werden.“

Die **Verarbeitung von Diagnosen und Allergien** sollte in einem Projekt zusammengefasst werden, weil beide Datenkategorien für das Patient Summary wichtig sind. Es könnte aber sein, dass die Erfassungs- und Änderungsprozesse sich so weit unterscheiden, dass es jeweils eine anderes Datenformat oder eigenes Register braucht.

Des Weiteren sollte - in einer 2. Ausbaustufe - der Zugang zu den in der neuen Anwendung gespeicherten Informationen **allen Gesundheitsdienstleistern (GDA), die direkt an der Behandlung der Patienten beteiligt sind**, ermöglicht werden. Um eine umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten, schlagen wir vor, den Zugriff auf diese Daten auch auf Pflegedienste und Therapeuten auszuweiten, sofern diese im Gesundheitsberuferegister eingetragen sind. Diese Erweiterung würde die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und sicherstellen, dass alle an der Patientenversorgung Beteiligten über die notwendigen Informationen verfügen, um eine hochwertige Behandlung zu gewährleisten.

Flexibilisierung des Zugriffs auf Gesundheitsdaten ohne feste Bindung an das e-card-System

Die Beschränkung des Zugriffs auf Gesundheitsdaten **ausschließlich über das e-card-System** stellt ein wesentliches Hindernis für die effiziente Implementierung digitaler Gesundheitsdienste dar. Insbesondere für Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsdienstleister (GDA), die mit hohen Kosten konfrontiert sind oder nicht als Vertragspartner der Sozialversicherung agieren, erweist sich diese Einschränkung als problematisch.

Um eine breitere und inklusivere Nutzung der digitalen Gesundheitsinfrastruktur zu ermöglichen, empfehlen wir die **e-card** zwar weiterhin als wichtigste Option für die Identifikation vorzusehen. In einer 2. Ausbaustufe sollte man den Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren GDAs jedoch **alternative Zugriffsmöglichkeiten** zu bieten. Eine solche Alternative könnte die Anmeldung über ID Austria sein, wodurch GDAs mit Hilfe von individuellen Merkmalen wie der Passnummer oder der

Sozialversicherungsnummer Zugang zum Register erhalten könnten. Dieser Ansatz wäre vergleichbar mit der Funktionsweise der Impfpass-App oder der Plattform gesundheit.gv.at.

Eine solche Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten ist besonders relevant für **mobile Pflegedienste und therapeutische Berufe**, für die eine Bindung an das e-card-System aus wirtschaftlicher Sicht nicht praktikabel ist. Durch diese Flexibilisierung könnten Daten sowohl abgerufen als auch in das System eingegeben werden, wodurch eine umfassendere und effizientere Patientenversorgung ermöglicht würde.

Umfangreiche Erfassungsmöglichkeiten für Gesundheitsdaten

Um eine umfassende und zugängliche Erfassung von Gesundheitsdaten zu gewährleisten, soll die Anwendung ähnlich dem Impfregister durch **verschiedene integrierte Lösungen** unterstützt werden. Dies ermöglicht den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) und Patienten, auf flexible und benutzerfreundliche Weise auf die Anwendung zuzugreifen und Daten einzugeben. Die vorgesehenen Zugangspunkte umfassen:

- **SS12-Schnittstelle des e-card Systems:** Ermöglicht eine direkte Integration in die bestehende Infrastruktur der Gesundheitsdiensteanbieter und nutzt die etablierten Sicherheitsmechanismen der e-card.
- **IHE-Schnittstelle:** Für eine direkte Integration in die bestehende Infrastruktur der Gesundheitsdiensteanbieter, die ELGA ohne e-card-System nutzen (Spitäler, Ambulatorien).
- **Web-GUI des e-card Systems:** Stellt eine benutzerfreundliche Schnittstelle für die manuelle Dateneingabe und -abfrage bereit, zugänglich über Standard-Webbrowser.
- **ID-Austria-Authentifizierung:** Bietet eine sichere und einfache Möglichkeit für GDAs, sich über einen Webservice anzumelden und auf das System zuzugreifen, insbesondere für jene ohne direkte Anbindung an das e-card-System. Z.B. über die GDA-Plattform des Bundes¹, mit der Ärzt:innen auf eHealth-Anwendungen, wie z.B. den elektronischen Impfpass oder das "Sterbeverfügungsregister" zugreifen können.
- **Mobile Applikation ähnlich der e-Impfpass-App:** Erweitert die Zugänglichkeit um eine mobile Komponente, die es Patienten und GDAs ermöglicht, Daten von überall aus einzusehen und zu erfassen.

Die erfolgreiche Einführung des elektronischen Impfpasses hat die Bedeutung einer **vielfältigen Auswahl an Erfassungs- und Abrufmöglichkeiten** unterstrichen, um eine breite Akzeptanz und Nutzung zu fördern. Durch die Implementierung dieser verschiedenen Zugangspunkte wird das Ziel verfolgt, eine flexible und benutzerorientierte Infrastruktur zu schaffen, die den Bedürfnissen aller Beteiligten im Gesundheitssystem gerecht wird.

Effizienzsteigerung durch patientenzentrierte Dokumentation

Ein wesentliches Merkmal der patientenzentrierten Dokumentation ist die **einmalige zentrale Erfassung von Dauerdiagnosen**, welche eine erhebliche Minimierung des Aufwands für alle Beteiligten nach sich zieht. Gesundheitsdiensteanbieter (GDA) profitieren von diesem Ansatz, indem sie auf bereits verifizierte Diagnosedaten zugreifen und diese im Rahmen eines **Peer-Review-**

¹ <https://gda.gesundheit.gv.at/> (abgerufen am 21.04.2024)

Prozesses hinsichtlich ihrer Qualität sichern können. Im Rahmen des Diagnoseerfassungsprozesses ist es auch wichtig, dass „Verdacht auf“ und „Zustand nach“ erfasst werden können.

Aktuell basiert die Schätzung von Krankheitshäufigkeiten, wie zum **Beispiel der Anzahl der Diabetiker**, vorwiegend auf Daten zur Medikation. Dieses Vorgehen birgt jedoch Unzulänglichkeiten, da es den off-label Gebrauch von Medikamenten, wie etwa Antidiabetika, nicht adäquat erfasst. Eine patientenzentrierte Dokumentation adressiert diese Problematik, indem sie eine ganzheitliche und präzise Datengrundlage bietet, die über die bloße Medikationshistorie hinausgeht.

Durch die zentrale Erfassung und fortlaufende Qualitätssicherung der Diagnosedaten wird nicht nur die Genauigkeit der Patientenakten erhöht, sondern es eröffnen sich auch **verbesserte Möglichkeiten für die Forschung, die Gesundheitsüberwachung und die individuelle Patientenversorgung**. Dieser Ansatz trägt somit zu einer umfassenderen und präziseren Abbildung des Gesundheitszustands der Bevölkerung bei und unterstützt eine zielgerichtete und effiziente Gesundheitsversorgung.

Zielgerichtete Implementierungsstrategie basierend auf priorisierten Diagnosen

Ein Ansatz, der sich beim Impfregeister als besonders erfolgreich erwiesen hat, war die fokussierte Einführung, die zunächst auf die Registrierung der Corona-Impfungen beschränkt war. In Anlehnung an diese Strategie schlagen wir vor, die Implementierung des neuen Diagnoseverzeichnisses mit einer **gezielten Auswahl an Zieldiagnosen zu beginnen**. Als konkretes Beispiel könnte das Ziel gesetzt werden, innerhalb eines Jahres eine zentrale und umfassende Diagnostik für alle Patienten mit Diabetes zu erreichen.

Diese Methode ermöglicht es, die Implementierung schrittweise und fokussiert anzugehen, wodurch sowohl die Effektivität der Datenerfassung als auch die **Akzeptanz unter den beteiligten GDA und Patienten** gesteigert werden kann. Eine solche zielgerichtete Implementierungsstrategie bietet den Vorteil, dass sie es ermöglicht, die Prozesse und Systeme zu optimieren und wertvolle Erfahrungen zu sammeln, die für die spätere Ausweitung des Registers auf weitere Diagnosen genutzt werden können.

Indem man sich zunächst auf bestimmte Schlüsseldiagnosen wie Diabetes konzentriert, kann die Wirksamkeit des Registers in der Praxis demonstriert und ein solides Fundament für dessen Erweiterung geschaffen werden. Dieser Ansatz fördert nicht nur eine strukturierte und überschaubare Einführung, sondern trägt auch maßgeblich zur **Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung** bei.

Zeitlicher Umsetzungshorizont und Budgetierung

Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen aus der Einführung des e-Impfpasses empfehlen wir den folgenden **Meilensteinen** für eine rasche Umsetzung:

- 1. Detailliertes Konzept**
Ausarbeitung eines detaillierten Konzepts unter Einbeziehung der Stakeholder.
- 2. CDA/FHIR-Leitfaden**
Erstellung eines Leitfadens für die Implementierung von CDA/FHIR.

3. Gesetzlicher Rahmen

Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch das Ministerium.

4. Technische Infrastruktur

Entwicklung der technischen Infrastruktur (ELGA-Anwendung & e-card-Schnittstellen).

5. GDA-Software

Vorbereitung der GDA-Software in Zusammenarbeit mit der WKÖ UBIT und dem FEEI.

6. Pilotprojekte und deren Evaluierung

Durchführung regionaler Pilotprojekte.

7. Landesweiter Rollout

Rollout einschließlich der Förderung von GDA-Software-Anpassungen.

Bei optimalem Projektverlauf und ausreichender Finanzierung könnte mit dem **landesweiten Rollout mit 1. Jänner 2027 gestartet** werden. Obwohl dieser Zeithorizont auf den ersten Blick lang erscheinen mag, spiegelt er angesichts der Komplexität und des Umfangs der Integration tausender GDAs eine realistische Planung auf Basis der Erfahrungen mit dem e-Impfpass und der e-Medikation wider. Das bisher schnellste nationale Projekt e-Impfpass brauchte vom Projektauftrag 2018 bis zum Rollout im Jahr 2021 etwa drei Jahre und war politisch hoch priorisiert.

Eine präzise Kostenschätzung lässt sich erst nach der Fertigstellung des detaillierten Konzepts erstellen. Das **Budget für die zentrale Anwendung** sollte realistischerweise im Rahmen der jährlich zusätzlichen Mittel für Digitalisierungsprojekte im Rahmen des Finanzausgleichs – in Summe dzt. 51 Mio. EUR pro Jahr - liegen. Für die Entwicklung und Ausrollung der **Module für die GDA-Software** werden zusätzliche Mittel notwendig sein. Ohne eine entsprechende öffentliche Förderung dieser Module muss mit einer jahrelangen Verzögerung gerechnet werden.

Integration der Diagnosecodierung in den digitalisierten Medikationsprozess

Angesichts der bereits vollständig digitalisierten Medikationsprozesse in Österreich bietet sich eine nahtlose **Integration der Diagnosecodierung in diesen Workflow** an. Diese Integration könnte so gestaltet werden, dass die Medikationsmanagement-Module automatisch relevante Diagnosen vorschlagen, basierend auf der aktuell verschriebenen Medikation. Die vorgeschlagenen Diagnosen könnten dann von den medizinischen Fachkräften überprüft, bestätigt, modifiziert oder abgelehnt werden. Dieser Ansatz erlaubt zudem die Möglichkeit, einen Off-Label-Use direkt im System zu dokumentieren.

Die Idee wäre, dass eine Ärztin oder Arzt sich die Software so einstellen kann, dass sie/er bei Verschreibung eines Medikaments zu dessen Indikation keine passende Diagnose in e-Diagnose hinterlegt ist, einen Vorschlag für eine neue Diagnose erhält und diese gleich unkompliziert speichern kann. Der wesentliche Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass es **keine Notwendigkeit für die Definition neuer Prozesse** gibt, sondern bestehende digitale Abläufe genutzt und erweitert werden. Dadurch wird der Implementierungsaufwand minimiert und die Benutzerfreundlichkeit für das medizinische Personal erhöht. Die direkte Verknüpfung von Diagnose und Medikation im digitalen Prozess verbessert nicht nur die Datenqualität und -vollständigkeit, sondern unterstützt auch eine präzisere und individualisierte Patientenversorgung.

Optimierung der Allergieerfassung durch Labordatenintegration

Zur Erfassung der Allergien braucht es einerseits die Möglichkeit sie manuell erfassen zu können. Eine effiziente Methode zur Verbesserung der Allergiedokumentation besteht auch darin, **Labore zentral in den Diagnose-Erfassungsprozess** einzubinden. Indem Labore speziell diagnostizierte Allergien direkt in die Anwendung einpflegen, wird sichergestellt, dass besonders relevante und labortechnisch bestätigte Allergieinformationen präzise dokumentiert werden. Diese Vorgehensweise trägt dazu bei, die Vollständigkeit und Genauigkeit der allergologischen Patientendaten zu erhöhen.

Durch die direkte **Übermittlung von Labordaten an das Allergieverzeichnis** können zeitnahe und verifizierte Allergieinformationen gewährleistet werden. Dies fördert eine gezielte und sichere medizinische Versorgung, indem es etwaige allergische Reaktionen auf Medikamente oder Behandlungen präventiv in Betracht zieht. Die Integration der Labordaten in den Erfassungsprozess unterstützt somit eine umfassende und patientenzentrierte Dokumentation von Allergien, die für die Behandlungsplanung und -durchführung von entscheidender Bedeutung ist.

Effiziente Erstellung des Patient Summary durch Nutzung des Allergie- und Diagnoseverzeichnisses

Das **International Patient Summary (IPS)** definiert die **Medikation, Allergien und Diagnosen** als obligatorische Inhalte. Das vorgeschlagene Allergie- und Diagnoserverzeichnis kann - in Kombination mit dem gerade in Planung befindlichen **elektronischen Einnahmeplan** in ELGA - ideal genutzt werden, um automatisiert eine Patienten-Zusammenfassung zu generieren, die diesen Anforderungen entspricht. Diese Vorgehensweise eliminiert den Bedarf für zusätzliche Dokumentationsschritte bei der Erstellung einer Patienten-Zusammenfassung (Patient Summary, PS) in Österreich.

Durch die direkte Integration der Daten aus dem Allergie- und Diagnoseverzeichnis in das IPS werden nicht nur die Prozesse der Datenerfassung und -verwaltung effizienter gestaltet, sondern auch die Qualität und Vollständigkeit der Patienteninformationen verbessert. Dieser Ansatz gewährleistet, dass Gesundheitsdienstleister jederzeit schnellen Zugriff auf kritische Patienteninformationen haben, was eine sichere und informierte Patientenversorgung unterstützt.



Abbildung 4: Inhalte International Patient Summary (IPS)

Optimierung der sekundären Datennutzung durch SNOMED-codiertes Verzeichnis

Das mittels SNOMED-Terminologie codierte Diagnose- und Allergieverzeichnis bietet eine **ideale Basis für die sekundäre Datennutzung**. Die Kompatibilität von SNOMED mit ICD-10 ermöglicht eine nahtlose Konvertierung und **Mapping der Codes**, was die Vielseitigkeit und Anwendbarkeit der Daten für verschiedene Zwecke erhöht. D.h. die Meldung an das Ministerium kann auch weiterhin über ICD-10 erfolgen. Insbesondere für Aktivitäten wie die Analyse medizinischer Daten (AMDC) oder die Nutzung im Rahmen des [Europäischen Gesundheitsdatenraumes](#) (EHDS) erweist sich dieses neue Verzeichnis als besonders wertvoll.

Die Nutzung eines SNOMED-codierten Verzeichnisses fördert die Standardisierung und Genauigkeit der gesundheitsbezogenen Datenverarbeitung. Durch die einfache Umsetzbarkeit der SNOMED-Codes in das ICD-Format lassen sich die gesammelten Informationen problemlos in bestehende gesundheitspolitische und -wissenschaftliche Rahmen integrieren. Diese Flexibilität verbessert nicht nur die Qualität der sekundären Datenauswertung, sondern unterstützt auch die Entwicklung präziserer gesundheitspolitischer Maßnahmen und Forschungsprojekte.

Zur Erstellung dieses Positionspapiers

Diese Positionspapier wurde von der **ÖGTelemed** (Österreichische Gesellschaft für Telemedizin und E-Health, <https://www.oegtelemed.at>) in Zusammenarbeit mit dem **PRAEVENIRE Gesundheitsforum** (Gesellschaft zur Optimierung der solidarischen Gesundheitsversorgung, <https://praevenire.at>) erstellt.

Anhang 1: Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken (SWOT) Analysen der Konzepte

1. SWOT Diagnosecodierung mit ICD-10 im niedergelassenen Bereich

Stärken (Strengths)	Schwächen (Weaknesses)
Etablierte, international anerkannte Codierung (ICD 10)	Hoher administrativer Aufwand für die Codierung jedes Patientenkontakts (jeder Besuch)
Standardisierung der Diagnosecodierung über verschiedene Gesundheitseinrichtungen hinweg	Potenziell geringe Datenqualität aufgrund von Überlastung oder Vereinfachung der Codierung
	Kein Nutzen der Daten für direkte patientenbezogene Weiterbehandlungen
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threats)
Grundlage für statistische Analysen und Gesundheitsberichterstattung	Widerstand der GDA gegen die Implementierung aufgrund von Mehraufwand
Möglichkeit zur internationalen Datenvergleichbarkeit	Risiko der Datenunvollständigkeit und - Ungenauigkeit bei Datenintegrität
	Technologische und methodische Überholung durch fortschreitende Digitalisierung und neue Codierungssysteme wie SNOMED
	Unverhältnismäßigkeit hinsichtlich Datenschutz (DSGVO)
	Geschätzte, rasche Umsetzungszeit nicht realistisch

2. SWOT ELGA e-Diagnose: nationales Diagnose- & Allergieverzeichnis mit SNOMED-Terminologie

Stärken (Strengths)	Schwächen (Weaknesses)
Höhere Präzision und Detailliertheit der medizinischen Dokumentation	Implementierung und Schulung des medizinischen Personals
Patientenzentrierte Ansatz führt zu verbesserten Patientenakten und Unterstützung der individuellen Behandlung	Initiale Zeitpläne und Kosten für die Systemumstellung und Datenmigration
Vermeidung von Mehrfachcodierungen und Reduktion des administrativen Aufwands	Die vollständige Umsetzung erfordert Übergangsphasen
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threats)
Verbesserung der Datenqualität und -nutzung für die direkte Patientenversorgung sowie für Forschung und Gesundheitspolitik	Risiko der langsamen Adoption durch die Nutzer aufgrund von Gewohnheiten oder Widerstand gegen Veränderungen
Integration in die ELGA-Infrastruktur fördert die Interoperabilität und Datenzugänglichkeit (EHDS, Patient Summary)	Datenschutz- und Sicherheitsbedenken könnten die Akzeptanz beeinträchtigen
Möglichkeit zur Expansion und Anpassung an zukünftige medizinische und technologische Entwicklungen	Abhängigkeit von der kontinuierlichen Unterstützung und Finanzierung durch öffentliche und private Stakeholder