



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
GESUNDHEITSPANUNG
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 Bundeskurienvorsitzender 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. <





HERPES ZOSTER MUSS NICHT SEIN – JETZT IMPFEN!

SHINGRIX JETZT KOSTENLOS¹

- ▶ Für alle Personen ab 60 Jahren
- ▶ Für bestimmte Risikogruppen ab 18 Jahren laut Österreichischem Impfplan

ÜBER 90% WIRKSAMKEIT IN ALLEN ALTERSGRUPPEN ≥ 50 JAHREN IN DEN ZULASSUNGSSTUDIEN^{2,3}

MINDESTENS 11 JAHRE SCHUTZ MIT 2 DOSEN SHINGRIX⁴



SHINGRIX

ADJUVANTIERTER
HERPES ZOSTER TOTIMPFSTOFF